

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 133 del 18.05.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 27.04.2023

ATC	Principio Attivo	Specialità Medicinale	Via di Somministrazione	Classe di Appartenenza/Centri Prescrittori	Indicazioni e Limitazioni D'Uso	Note
FARMACI AD ACCESSO DIRETTO						
A05AX05	Odevixibat sesquidrato	BYLVAY	os	H-RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Pediatria e Gastroenterologia di Hub Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	Trattamento della colestasi intraepatica familiare progressiva (progressive familial intrahepatic cholestasis, PFIC) in pazienti di età pari o superiore ai sei mesi.	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Innovatività Piena Farmaco per Malattia RARA Nota prot. n. 171211 del 13.04.2023
M05BX05	Burosumab	CRYSVITA	ev	H-RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Nefrologia, Endocrinologia e Pediatria di Hub/Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	indicato per il trattamento dell'ipofosfatemia X-linked, nei bambini e adolescenti di età compresa tra uno e diciassette anni con evidenza radiografica di malattia ossea, e negli adulti	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Farmaco per Malattia RARA Nota prot. n. 149072 del 30.03.2023
J05AR24	doravirina, lamivudina e tenofovir disoproxil	DELSTRIGO	os	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Malattie Infettive di Hub e Spoke	Indicato per il trattamento di adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e peso corporeo di almeno 35 kg con infezione da HIV-1 senza evidenza di resistenza, pregressa o attuale, alla classe degli NNRTI, lamivudina o tenofovir e che hanno manifestato tossicità che preclude l'uso di altri regimi che non contengono tenofovir disoproxil	Farmaco per HIV Nota prot. n. 149013 del 30.03.2023

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 133 del 18.05.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 27.04.2023

H02AB09	Idrocortisone	EFMODY	Os	H-RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Endocrinologia e Pediatria di Hub/Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011).	Trattamento dell'iperplasia surrenalica congenita (CAH, congenital adrenal hyperplasia) negli adolescenti di età pari o superiore a dodici anni e negli adulti.	Farmaco per Malattia RARA Nota prot. n. 191589 del 27.04.2023
L01XX67	Tagraxofusp	ELZONRIS	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Ematologia di Hub/Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	Indicato in monoterapia per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con neoplasia a cellule dendritiche plasmacitoidi blastiche (BPDCN)	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Farmaco per Malattia RARA Nota prot. n. 149087 del 30.03.2023
J05AX28	bulevirtide	HEPCLUDEX	ev	A-PHT/RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Malattie Infettive e Gastroenterologia di Hub/Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	Trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite delta (HDV) in pazienti adulti positivi a HDV-RNA plasmatico (o sierico) con malattia epatica compensata	Farmaco A-PHT Innovatività Condizionata Nota prot. n. 171198 del 13.04.2023
H01AC08	somatrogon	NGENLA	sc	A-PHT/RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Endocrinologia e Pediatria di Hub e Spoke	Trattamento di bambini e adolescenti a partire dai tre anni di età con disturbi della crescita dovuti a una secrezione insufficiente dell'ormone somatotropo	Farmaco A-PHT Nota AIFA 39 Nota prot. n. 171202 del 13.04.2023

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 133 del 18.05.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 27.04.2023

R03DX09	mepolizumab	NUCALA	sc	A-PHT/RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Allergologia - Immunologia - Otorinolaringoiatria di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali	Rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP)	Farmaco A-PHT PT Cartaceo AIFA GU n. 51/2023 Nota prot. n. 148993 del 30.03.2023
R03DX09	mepolizumab	NUCALA	sc	A-PHT/RRL Centri Prescrittori: U.O. Pediatria - Reumatologia, Pneumologia, Immunologia e Allergologia di Hub/Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	Granulomatosi eosinofila con poliangite (EGPA)	Farmaco A-PHT Farmaco per Malattia RARA PT Cartaceo AIFA GU n. 51/2023 Nota prot. n. 148950 del 30.03.2023
R03DX09	mepolizumab	NUCALA	sc	A-PHT/RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Ematologia - Reumatologia, Pneumologia, Immunologia e Allergologia di Hub/Centri Malattie Rare (DGR n. 178 del 20.05.2011)	Sindrome Ipereosinofila (HES)	Farmaco A-PHT Farmaco per Malattia RARA PT Cartaceo AIFA GU n. 52/2023 Nota prot. n. 148974 del 30.03.2023
J05AG06	doravirina	PIFELTRO	os	H-RNRL Centri Prescrittori:	Indicato, in associazione con altri medicinali antiretrovirali, per il trattamento di adulti e adolescenti di età pari o superiore a 12 anni e peso	Farmaco per HIV

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 133 del 18.05.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 27.04.2023

				UU.OO. Malattie Infettive di Hub e Spoke	corporeo di almeno 35 kg con infezione da HIV-1 senza evidenza di resistenza, pregressa o attuale, alla classe degli NNRTI	Nota prot. n. 149060 del 30.03.2023
L04AA51	anifrolumab	SAPHNELO	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Reumatologia, Medicina Interna e Immunologia di Hub e Spoke	Terapia aggiuntiva per il trattamento di pazienti adulti affetti da lupus eritematoso sistemico (LES) attivo, autoanticorpi-positivo, in forma da moderata a severa, nonostante la terapia standard	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota prot. n. 171214 del 13.04.2023
L04AA47	Inebilizumab	UPLIZNA	ev	H-OSP Centri Prescrittori: UU.OO. Neurologia di Hub	Indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da disturbi dello spettro della neuromielite ottica (NMOSD) sieropositivi per le immunoglobuline G antiaquaporina-4 (IgG AQP4), in seconda linea rispetto a rituximab, limitatamente ai pazienti che abbiano riportato almeno un attacco acuto di NMOSD nell'anno precedente, che hanno richiesto una terapia di salvataggio (ad esempio steroidi, plasmateresi, somministrazione endovenosa di immunoglobuline) e che presentino un punteggio alla scala EDSS (Expanded Disability Severity Scale) $\leq 8,0$	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota prot. n. 191562 del 27.04.2023
L01XX52	Venetoclax	VENCLYXTO	os	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Oncologia e Ematologia di Hub e Spoke (DCA n. 102/2020 – Rete Ematologica Regionale)	In combinazione con azacitidina è indicato per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (AML - acute myeloid leukaemia) di nuova diagnosi non idonei alla chemioterapia intensiva	Farmaco sottoposto a monitoraggio AIFA Nota prot. n. 171218 del 13.04.2023

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 133 del 18.05.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 27.04.2023

N07XX11	pitolisant	WAKIX	os	A-PHT/RRL Centri Prescrittori: UU.OO. Neurologia di Hub	Negli adulti per il trattamento della narcolessia con o senza cataplessia	Farmaco A-PHT Nota prot. n. 171207 del 13.04.2023
NUOVI FARMACI						
N05AX13	Paliperidone palmitato	BYANLI	im	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Psichiatria di Hub e Spoke Ambulatori specialistici territoriali: - Neuropsichiatria Infantile - Centri di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie - Psichiatri dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche	Formulazione iniettabile a somministrazione semestrale Indicato per la terapia di mantenimento della schizofrenia limitatamente ai pazienti adulti adeguatamente trattati con paliperidone palmitato formulazione iniettabile a rilascio prolungato a somministrazione trimestrale (Trevicta) (350 o 525 mg) per almeno 6 mesi, con le ultime 2 dosi con lo stesso dosaggio e con punteggio totale PANSS stabilmente <70	PT Cartaceo AIFA GU n. 67/2023
R03AL09	beclometasone dipropionato/formoterolo fumarato diidrato/glicopirronio bromuro	TRIMBOW	inal	H-RNRL Centri Prescrittori: UU.OO. Medicina Interna - Geriatria - Pneumologia di Hub, Spoke e ambulatori specialistici territoriali	Terapia di mantenimento dei pazienti adulti con diagnosi di asma, per i quali l'associazione di un beta2-agonista a lunga durata d'azione e una dose media oppure elevata di corticosteroidi, non consenta un controllo adeguato dei sintomi, laddove siano soddisfatte, alla prima prescrizione	PT Cartaceo AIFA GU n. 56/2023

ALLEGATO TECNICO PTR - Allegato 1 del DCA n. 133 del 18.05.2023

TABELLA SINTETICA –Seduta del 27.04.2023

Aggiornamento Centri Prescrittori e Varie:

FASENRA (Benralizumab): ATC R03DX10 - **NUCALA** (mepolizumab): ATC R03DX09 - **XOLAIR** (omalizumab): ATC R03DX05 - Classe A/RRL. Farmaci già presenti in PTR (DCA n. 164/2018). **Integrazione centri prescrittori.**

Viene aggiunta ai centri prescrittori già abilitati, per l'indicazione Asma grave, **la U.O. Medicina Interna, Ambulatorio di Pneumologia del PO di Melito Porto Salvo - ASP Reggio Calabria.**

Aggiornamento tabelle 2 e 3 DCA 118/2015 (Allegato 2 del DCA n. 133 del 18.05.2023).

Aggiornamento Schede cartacee per la prescrizione farmaci biologici per area reumatologica, dermatologica, gastroenterologica (Allegato 2 del DCA n. 133 del 18.05.2023).

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRITE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
INIBITORI DEL TNF-alfa										
Adalimumab L04AB04 SC	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	X	X (con MTX o in monoterapia) Adulti e bambini	X	X Adulti e Bambini	X	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
Certolizumab Pegol L04AB05 SC	X (con MTX o in monoterapia)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	NO
Etanercept L04AB01 SC	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X	X	X Adulti e Bambini	NO	NO	NO
Golimumab L04AB06 SC	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X
Infliximab L04AB02 Infusione EV	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA										
Anakinra L04AC03 SC	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (malattia di Still)	NO	NO	NO	NO	NO
Bimekizumab L04AC21 SC							X			
Brodalumab L04AC12 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Canakinumab L04AC08 SC	NO	NO	NO	NO	X (malattia di Still)	NO	NO	NO	NO	NO
Guselkumab L04AC16 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	NO
Area Reumatologia										
PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRITE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
Ixekizumab L04AC13 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X Adulti e bambini	NO	NO	NO

Risankizumab L04AC EV	NO	X	NO	NO	NO	X	X	NO	NO	NO
Sarilumab L04AC14 SC	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Secukinumab L04AC10 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X Adulti e bambini	NO	NO	NO
Tildrakizumab L04AC17 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Tocilizumab L04AC07 EV, SC	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO
Ustekinumab L04AC05 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X Adulti e bambini	NO	X	X
IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI										
Abatacept L01AA24 Infusione EV e SC	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO
Apremilast L04AA32 OS	NO	X	NO	NO	NO	X	X	NO	NO	NO
Baricitinib L04AA37 OS	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Filgotinib L04AA45 OS	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X
PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILITE ANCHILOS. (SA)	SPONDILARTRITE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASI A PLACCHE	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
Tofacitinib L04AA29 OS	X (con MTX o in monoterapia)	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (con MTX)	NO	NO	NO	X

Upadacitini b L04AA44 OS	X (con MTX o in monoterap ia)	X (con MTX o in monoterap ia)	X	NO	NO	X (con MTX o in monoterap ia)	NO	NO	NO	NO
Vedolizuma b L04AC10 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	X
ANTICORPI MONOCLONALI										
Rituximab L01XC02 Infusione EV	X (con MTX)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Tabella 2. Indicazioni dei farmaci biologici e non.

Principio attivo	Centri Autorizzati alla prescrizione
INIBITORI DEL TNF-alfa	
Adalimumab L04AB04 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna e Pediatria
Certolizumab Pegol L04AB05 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologica - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Golimumab L04AB06 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna
Etanercept L04AB01 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Infliximab L04AB02 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna e Pediatria

INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA	
Anakinra L04AC03 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia
Bimekizumab L04AC21 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Brodalumab L04AC12 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Canakinumab L04AC08 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Centri Malattie Rare
Guselkumab L04AC16 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Ixekizumab L04AC13 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Risankizumab L04AC EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Sarilumab L04AC14 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia
Secukinumab L04AC10 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia
Tildrakizumab L04AC17 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Tocilizumab L04AC07 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia

Ustekinumab L04AC05 SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna
IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI	
Abatacept L04AA24 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia
Apremilast L04AA32 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Baricitinib L04AA37 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia
Filgotinib L04AA45 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna
Tofacitinib L04AA29 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna
Upadacitinib L04AA44 OS	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia
Vedolizumab L04AA33 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina interna
ANTICORPI MONOCLONALI	
Rituximab L01XC02 EV	<ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina interna, Ambulatori di Reumatologia

Tabella 3. Centri autorizzati alla prescrizione

PRECEDENTI TERAPIE:

MTX:

Dose MTX (mg/settimana): os im o sc per mesi

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione:

Intolleranza Altro (specificare): _____

Il trattamento con MTX per via parenterale si è protratto per *almeno 6 mesi*? si no

Se no motivare: _____

E' stato valutato il livello plasmatico del MTX per valutare il raggiungimento dei livelli plasmatici farmacologicamente efficaci? si no

Se no motivare*: _____

*Fanno eccezione solo i pazienti che presentano elevati livelli di ACCP >> 3 volte il valore normale, Fattore Reumatoide Positivo la probabilità di avere una forma gravemente erosiva ab inizio è elevatissima e che pertanto debbono essere trattati con DMARs per un periodo osservazionale massimo di 3 mesi, poiché le lesioni possono diventare irreversibili.

Leflunomide: per mesi

Altri DMARDs: Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro _____

Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente)

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI

Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasiaca o S. anchilosante) periferica

DAS 28 > 5.1 in terapia con MTX (dose massima tollerata sino a 20 mg/settimana) o Leflunomide o Sulfasalazina e terapia cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente

oppure

DAS 28 > 3.2 in pazient ad elevato rischio erosivo o in dipendenza cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente

Se NO giustificare* _____

Spondiloartriti

ASDAS-CRP > 2.1 dopo tentativo terapeutico con almeno 2 FANS (o Coxib) per più di 1 mese

Se NO giustificare* _____

* Ad esempio poiché il DAS 28 non include alcune delle articolazioni maggiormente colpite dall'artrite psoriasica come le articolazioni interfalangee distali e le localizzazioni entesitiche, l'inizio della terapia potrà avvenire anche con valori inferiori ai parametri sopra indicati.

Il farmaco biologico sarà associato a MTX? si no

PRIMA PRESCRIZIONE:

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	

<input type="checkbox"/>	Apremilast 10/20/30*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib*** _____ solo per l'Indicazione: Artrite Reumatoide	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib*** _____ solo per l'Indicazione: Artrite Reumatoide	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

***** IMPORTANTE!!**

- Per la prescrizione del farmaco: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato* o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: _____

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

- altro _____

- I farmaci **Baricitinib**, **Filgotinib**, **Tofacitinib**[§] e **Upadacitinib** sono rimborsati per il trattamento dell'Artrite reumatoide in fase attiva da moderata a severa unicamente in pazienti adulti:
 - se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): a seguito di risposta inadeguata o intolleranza ad una precedente terapia con uno o più DMARD e al fallimento* del trattamento precedente con uno o più TNFi rimborsati per l'indicazione
 - se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA: unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (DMARD, TNFi e anti-interleuchine).

I principi attivi possono essere usati in monoterapia o in associazione a metotrexato (MTX)

§ tofacitinib può essere somministrato in monoterapia solo in caso di intolleranza a MTX o quando il trattamento con MTX non è appropriato.

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o di fattori che controindicano il trattamento.

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

Solo per i pazienti senza i fattori di rischio indicati da EMA

- ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD
(Specificare i farmaci assunti _____)
 - ha fallito* il trattamento precedente con uno o più TNFi
(Specificare i farmaci assunti _____)
- *specificare la seguente causa di fallimento:
- inefficacia primaria □ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
 - comparsa di eventi avversi _____
- (Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)**

Solo per i pazienti con i fattori di rischio indicati da EMA

- ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD
(Specificare i farmaci assunti _____)
 - ha fallito* i trattamenti precedenti con farmaci appartenenti alla classe dei TNFi e anti-interleuchine.
(Specificare i farmaci assunti _____)
- *specificare la seguente causa di fallimento:
- inefficacia primaria □ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
 - comparsa di eventi avversi _____
- (Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)**

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO A-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti***SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)*

Data di rivalutazione (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale : _____ Data di nascita (gg/mm/anno) : ____/____/____

Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:

- Artrite Reumatoide (AR)** Artrite Reumatoide sierio-positiva Artrite Reumatoide sierio-negativa
 Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica
 Artrite Psoriasica (AP)
 Spondilite Anchilosante (SA)
 Artrite Gottosa

Anno esordio malattia: □□□□ Peso (kg) □□□□ Altezza (cm) □□□□

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese? si no

- Numero articolazioni tumefatte: □□ Numero articolazioni dolenti: □□
(Conta a 28 articolazioni) (Conta a 28 articolazioni)

Altre sedi interessate: Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee Temporo-mandibolari

Entesi Interfalangee distali delle mani Altro (specificare): _____

- Erosioni: si no
- Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi: si no non valutata
- Manifestazioni extra-articolari si no
- Scala Analogica (0-100) giudizio paziente □□ Proteina C-Reattiva (mg/L): □□.□
- CRP- DAS28 :□□.□ Questionario HAQ □.□□ (facoltativo)
- ASDAS-CRP: □.□□ (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

Dose MTX in corso (mg/settimana): os im sc

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione:

Intolleranza Altro (specificare): _____

In terapia con Leflunomide da mesi:

Altri DMARDs: Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro _____

Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) .

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ev/sc ogni ____gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

***** IMPORTANTE!!**

- Per la prescrizione dei farmaci: **Tofacitinib e Upadacitinib** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica e per la prescrizione del farmaco - **Upadacitinib** per l'indicazione terapeutica Spondilite Alchilosante

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

- ha fallito* almeno due trattamenti precedenti con farmaco biologico

Specificare i farmaci assunti _____

*specificare la seguente causa di fallimento:

- inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

- comparsa di eventi avversi _____

(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

- altro _____

- Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato* o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: _____

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

- altro _____

- I farmaci **Baricitinib, Filgotinib, Tofacitinib[§] e Upadacitinib** sono rimborsati per il trattamento dell'Artrite reumatoide in fase attiva da moderata a severa unicamente in pazienti adulti:

- se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): a seguito di risposta inadeguata o intolleranza ad una precedente terapia con uno o più DMARD e al fallimento* del trattamento precedente con uno o più TNFi rimborsati per l'indicazione
- se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA: unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (DMARD, TNFi e anti-interleuchine).

I principi attivi possono essere usati in monoterapia o in associazione a metotrexato (MTX)

§ tofacitinib può essere somministrato in monoterapia solo in caso di intolleranza a MTX o quando il trattamento con MTX non è appropriato.

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o di fattori che controindicano il trattamento.

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

Solo per i pazienti senza i fattori di rischio indicati da EMA

ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD
(Specificare i farmaci assunti _____)

ha fallito* il trattamento precedente con uno o più TNFi
(Specificare i farmaci assunti _____)

*specificare la seguente causa di fallimento:

inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

comparsa di eventi avversi _____

(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

Solo per i pazienti con i fattori di rischio indicati da EMA

ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD
(Specificare i farmaci assunti _____)

ha fallito* i trattamenti precedenti con farmaci appartenenti alla classe dei TNFi e anti-interleuchine.
(Specificare i farmaci assunti _____)

*specificare la seguente causa di fallimento:

inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

comparsa di eventi avversi _____

(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):
In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

- switch verso altro farmaco biologico
- switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio
- sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§)

§§ **Artrite Reumatoide o psoriasica periferica:** Considerare per sospensione (o dimezzamento dose) biologico se DAS28 2.6 persistente per 12 mesi. La raccolta dei piani terapeutici semestrali è raccomandata anche in funzione di un eventuale ripristino della terapia con biologico.

Spondiloartriti: Considerare per dimezzamento dose se ASDAS-CRP < 1.3

Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente

- inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
- comparsa di eventi avversi _____
(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)
- Remissione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Abatacept _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast ***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ gg	

<input type="checkbox"/>	Tofacitinib *** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib *** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

***** IMPORTANTE!!**

- Per la prescrizione dei farmaci: **Tofacitinib e Upadacitinib** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica e per la prescrizione del farmaco - **Upadacitinib** per l'indicazione terapeutica Spondilite Alchilosante

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

- ha fallito* almeno due trattamenti precedenti con farmaco biologico

Specificare i farmaci assunti _____

*specificare la seguente causa di fallimento:

- inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

- comparsa di eventi avversi _____

(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

- altro _____

- Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato* o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti _____

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: _____

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

- altro _____

- I farmaci **Baricitinib, Filgotinib, Tofacitinib[§] e Upadacitinib** sono rimborsati per il trattamento dell'Artrite reumatoide in fase attiva da moderata a severa unicamente in pazienti adulti:

- se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): a seguito di risposta inadeguata o intolleranza ad una precedente terapia con uno o più DMARD e al fallimento* del trattamento precedente con uno o più TNFi rimborsati per l'indicazione

- se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA: unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (DMARD, TNFi e anti-interleuchine).

I principi attivi possono essere usati in monoterapia o in associazione a metotrexato (MTX)

§ tofacitinib può essere somministrato in monoterapia solo in caso di intolleranza a MTX o quando il trattamento con MTX non è appropriato.

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o di fattori che controindicano il trattamento.

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

Solo per i pazienti senza i fattori di rischio indicati da EMA

ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD
(Specificare i farmaci assunti _____)

ha fallito* il trattamento precedente con uno o più TNFi
(Specificare i farmaci assunti _____)

*specificare la seguente causa di fallimento:

inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

comparsa di eventi avversi _____
(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

Solo per i pazienti con i fattori di rischio indicati da EMA

ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD
(Specificare i farmaci assunti _____)

ha fallito* i trattamenti precedenti con farmaci appartenenti alla classe dei TNFi e anti-interleuchine.
(Specificare i farmaci assunti _____)

*specificare la seguente causa di fallimento:

inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

comparsa di eventi avversi _____
(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Psoriasi a Placche

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prima prescrizione)

Data di valutazione (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale _____	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estero
Luogo di nascita _____	Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____
ASP di residenza _____	Regione di residenza _____

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:

Psoriasi a Placche Paziente Adulto Paziente Pediatrico

Anno esordio malattia: □□□□ Peso (kg) □□□□ Altezza (cm) □□□□

PRECEDENTI TERAPIE:

MTX:
 Terapia interrotta o non effettuata per: Intolleranza/Tossicità Inefficacia Controindicazioni
 Co-morbidity Altro _____

Ciclosporina:
 Terapia interrotta o non effettuata per: Intolleranza/Tossicità Inefficacia Controindicazioni
 Co-morbidity Altro _____

Dimetilfumarato:
 Terapia interrotta o non effettuata per: Intolleranza/Tossicità Inefficacia Controindicazioni
 Co-morbidity Altro _____

Psoriasi a Placche: Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN deve essere limitato a pazienti con psoriasi a placche di grado da moderato a severo (definita come: PASI >10 o BSA >10% oppure BSA <10% o PASI <10 associato a lesioni al viso o palmari/plantari, ungueali o genitali) che non abbiano risposto o che siano risultati intolleranti (fallimento terapeutico) ad un DMARD sintetico convenzionale. Le forme di psoriasi differenti dalla psoriasi cronica a placche, in particolare, psoriasi guttata, pustolosa localizzata (inclusa l'acrodermatite continua di Hallopeau) e pustolosa generalizzata, quando non associate a psoriasi a placche, NON hanno indicazione approvata per l'utilizzo dei farmaci biologici. Per le indicazioni pediatriche dei farmaci biologici fare riferimento alle rispettive RCP e alla Scheda di Prescrizione cartacea di AIFA GU 117/2022.

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI

Il/la paziente deve presentare:

1. PASI > 10 e BSA > 10
 Oppure
 PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale

2. Ha fallito un trattamento precedente con un DMARD sintetico convenzionale:
 Farmaco (specificare) _____

PASI (Psoriasis Area Secerità Index) > 10 e/o BSA (Body Surface Area) > 10% e/o DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 10 (dopo fallimento/intolleranza/controindicazione delle terapie standard)

Se NO Giustificare: _____

PRIMA PRESCRIZIONE:

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Bimekizumab _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ *Biosimilare in Commercio	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab _____	_____ mg sc in fase di induzione	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc in fase di induzione ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

***** IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Psoriasi cronica a placche da moderata a grave

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- **PASI-BSA**

PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale

Non ha risposto Oppure Ha una controindicazione* Oppure E' intollerante* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

- presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Anti TNF- α : _____

Inibitore IL: _____

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

DATA _____

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA
PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"
REGIONE CALABRIA
Psoriasi a Placche

SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)

Data di rivalutazione (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale : _____	Data di nascita (gg/mm/anno) : ____/____/____
Peso (kg) _____	Altezza (cm) _____

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:	
<input type="checkbox"/> Psoriasi a Placche <input type="checkbox"/> Paziente Adulto <input type="checkbox"/> Paziente Pediatrico	
Anno <i>Visual Analog Scale</i> (0-10) giudizio paziente □□	
Indice PASI: _____	Indice BSA: _____

PRESCRIZIONE *(Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico)*

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Bimekizumab _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

	*Biosimilare in Commercio		
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab _____	_____mg sc mantenimento ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab _____	_____mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____mg sc mantenimento ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

***** IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica Psoriasi cronica a placche da moderata a grave

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

• **PASI-BSA**

PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale

Non ha risposto Oppure Ha una controindicazione* Oppure E' intollerante* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Anti TNF-α: _____

Inibitore IL: _____

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

- switch verso altro farmaco biologico
- switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio
- sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§)

§§ Sospensione o Riduzione della dose: Riduzione del PASI del 75% (PASI 75)

Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:

- Progressione di malattia inefficacia secondaria (perdita di efficacia) Remissione di malattia
- Gravidanza Intervento chirurgico Infezione
- Intolleranza al trattamento/Tossicità _____

(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

Altro (specificare): _____

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____	_____mg ogni _____gg	

<input type="checkbox"/>	*Biosimilare in Commercio		
<input type="checkbox"/>	Apremilast*** _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Bimekizumab _____	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept* _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	*Biosimilare in Commercio		
<input type="checkbox"/>	Guselkumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	*Biosimilare in Commercio		
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab _____	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab _____	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

***** IMPORTANTE!!**

Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast** per l'indicazione terapeutica *Psoriasi cronica a placche da moderata a grave*

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

• **PASI-BSA**

PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni: al viso palmo/plantare ungueale genitale

Non ha risposto Oppure Ha una controindicazione* Oppure E' intollerante* ad altra terapia sistemica comprendente ciclosporina, metotrexato o psoralene e raggi ultravioletti di tipo A

*In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

presenta controindicazioni o intolleranza* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Anti TNF-α: _____

Inibitore IL: _____

**In caso di risposta in modo inadeguato o intolleranza specificare:

Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa***PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prima prescrizione)*

Data di valutazione (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale _____ Sesso: M F Estero

Luogo di nascita _____ Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____

ASP di residenza _____ Regione di residenza _____

PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:

- Morbo di Crohn** Paziente Adulto Paziente Pediatrico
 Colite Ulcerosa

Anno esordio malattia: _____ Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

PRECEDENTI TERAPIE:

- Cortisone: MTX: 6-mercaptopurina: Aziatropina:

Terapia interrotta o non effettuata per:

- Intolleranza/Tossicità Inefficacia Controindicazioni Co-morbidità
 Altro _____

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI○ **Morbo di Crohn: Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroido dipendenza Steroido resistenza
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Presenza di fistole
 Manifestazioni extraintestinali

No Giustificare: _____

○ **Colite Ulcerosa: Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroido dipendenza Steroido resistenza
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Manifestazioni extraintestinali

No Giustificare: _____

Harvey-Bradshaw Index (HBI) n° _____ Truelove-Witts Criteria n° _____

PRIMA PRESCRIZIONE:

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc in fase di induzione ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia.

***** IMPORTANTE!!**

- **Criteri di rimborsabilità per i farmaci TNFi (adalimumab, golimumab, infliximab), anti-integrine (vedolizumab) e anti-interleuchine (ustekinumab)**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:

- Colite Ulcerosa grave (Mayo globale >10 o criteri Truelove-Witts) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
- Colite Ulcerosa di grado moderato (Mayo globale compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata **ad almeno 1 fra i seguenti criteri**:
 - dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
 - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale

- **Criteri di rimborsabilità per i JAKi (filgotinib, tofacitinib)**

In aggiunta ai criteri relativi alle condizioni di malattia individuate per i TNFi, vedolizumab e ustekinumab, i principi attivi appartenenti alla classe dei JAKi (filgotinib, tofacitinib) possono essere rimborsati nelle seguenti condizioni:

- se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): al fallimento* della terapia con uno o più TNFi;
- se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA: al fallimento della terapia con TNFi e con tutti gli altri principi attivi rimborsati per l'indicazione (ustekinumab, vedolizumab).

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o di fattori che controindicano il trattamento.

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

Solo per i pazienti senza i fattori di rischio indicati da EMA

- ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
(Specificare i farmaci assunti _____)
 - ha fallito* il trattamento precedente con uno o più TNFi
(Specificare i farmaci assunti _____)
- *specificare la seguente causa di fallimento:
- inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
 - comparsa di eventi avversi _____
- (Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

Solo per i pazienti con i fattori di rischio indicati da EMA

- ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
(Specificare i farmaci assunti _____)
 - ha fallito* i trattamenti precedenti con farmaci appartenenti alla classe dei TNFi e anti-integrine e anti-interleuchine.
(Specificare i farmaci assunti _____)
- *specificare la seguente causa di fallimento:
- inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
 - comparsa di eventi avversi _____
- (Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa***SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)*

Data di rivalutazione (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale : _____

Data di nascita (gg/mm/anno) : ____/____/____

Peso (kg) _____

Altezza (cm) _____

PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA: **Morbo di Crohn** Paziente Adulto Paziente Pediatrico **Colite Ulcerosa**

Anno esordio malattia: _____

Harvey-Bradshaw Index (HBI) n° □□

Truelove-Witts Criteria n° □□

PRESCRIZIONE *(Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico)****In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione***

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

- **Criteri di rimborsabilità per i farmaci TNFi (adalimumab, golimumab, infliximab), anti-integrine (vedolizumab) e anti-interleuchine (ustekinumab)**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:

- Colite Ulcerosa grave** (Mayo globale >10 o criteri Truelove-Witts) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
- Colite Ulcerosa di grado moderato** (Mayo globale compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata **ad almeno 1 fra i seguenti criteri**:
 - dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
 - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale

- **Criteri di rimborsabilità per i JAKi (filgotinib, tofacitinib)**

In aggiunta ai criteri relativi alle condizioni di malattia individuate per i TNFi, vedolizumab e ustekinumab, i principi attivi appartenenti alla classe dei JAKi (filgotinib, tofacitinib) possono essere rimborsati nelle seguenti condizioni:

- se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): al fallimento* della terapia con uno o più TNFi;
- se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA: al fallimento della terapia con TNFi e con tutti gli altri principi attivi rimborsati per l'indicazione (ustekinumab, vedolizumab).

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o di fattori che controindicano il trattamento.

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

Solo per i pazienti senza i fattori di rischio indicati da EMA

- ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
(Specificare i farmaci assunti _____)
 - ha fallito* il trattamento precedente con uno o più TNFi
(Specificare i farmaci assunti _____)
*specificare la seguente causa di fallimento:
 - inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
 - comparsa di eventi avversi _____
- (Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)**

Solo per i pazienti con i fattori di rischio indicati da EMA

- ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
(Specificare i farmaci assunti _____)
 - ha fallito* i trattamenti precedenti con farmaci appartenenti alla classe dei TNFi e anti-integrine e anti-interleuchine.
(Specificare i farmaci assunti _____)
*specificare la seguente causa di fallimento:
 - inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
 - comparsa di eventi avversi _____
- (Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)**

PRESCRIZIONE (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione

- switch verso altro farmaco biologico
- switch verso altro schema posologico
- sospensione o riduzione del trattamento

Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:

- Progressione di malattia inefficacia secondaria (perdita di efficacia) Remissione di malattia
- Gravidanza Intervento chirurgico Infezione
- Intolleranza al trattamento/Tossicità _____

(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

- Altro (specificare): _____

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab _____	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab* _____ <small>*Biosimilare in Commercio</small>	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib _____	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab _____	_____ mg sc mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab _____	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

Si ricorda al medico curante di consultare sempre RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nella Scheda di Prescrizione della Terapia

- **Criteri di rimborsabilità per i farmaci TNFi (adalimumab, golimumab, infliximab), anti-integrine (vedolizumab) e anti-interleuchine (ustekinumab)**

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni per l'indicazione terapeutica:

- Colite Ulcerosa grave (Mayo globale >10 o criteri Truelove-Witts) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
- Colite Ulcerosa di grado moderato (Mayo globale compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata **ad almeno 1 fra i seguenti criteri**:
 - dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
 - resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale

• **Criteri di rimborsabilità per i JAKi (filgotinib, tofacitinib)**

In aggiunta ai criteri relativi alle condizioni di malattia individuate per i TNFi, vedolizumab e ustekinumab, i principi attivi appartenenti alla classe dei JAKi (filgotinib, tofacitinib) possono essere rimborsati nelle seguenti condizioni:

- se in assenza dei fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro): al fallimento* della terapia con uno o più TNFi;
- se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA: al fallimento della terapia con TNFi e con tutti gli altri principi attivi rimborsati per l'indicazione (ustekinumab, vedolizumab).

*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o di fattori che controindicano il trattamento.

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

Solo per i pazienti senza i fattori di rischio indicati da EMA

- ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
(Specificare i farmaci assunti _____)
 - ha fallito* il trattamento precedente con uno o più TNFi
(Specificare i farmaci assunti _____)
- *specificare la seguente causa di fallimento:
- inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
 - comparsa di eventi avversi _____
(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

Solo per i pazienti con i fattori di rischio indicati da EMA

- ha avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale
(Specificare i farmaci assunti _____)
 - ha fallito* i trattamenti precedenti con farmaci appartenenti alla classe dei TNFi e anti-integrine e anti-interleuchine.
(Specificare i farmaci assunti _____)
- *specificare la seguente causa di fallimento:
- inefficacia primaria inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
 - comparsa di eventi avversi _____
(Segnalazione Reazione Avversa : NO SI Codice RNF _____)

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari

Settore 3 "Assistenza Farmaceutica, Assistenza Integrativa e Protesica, Farmacie Convenzionate,

Educazione all'uso consapevole del Farmaco"

Prontuario Terapeutico Regionale

Versione 5

DCA n. 133 del 18.05.2023

SOMMARIO

LEGENDA

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE

- A Apparato gastrointestinale e metabolismo
- B Sangue ed organi emopoietici
- C Sistema cardiovascolare
- D Dermatologici
- G Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali
- H Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali
- J Antimicrobici generali per uso sistemico
- L Farmaci antineoplastici e immunomodulatori
- M Sistema muscolo-scheletrico
- N Sistema nervoso
- P Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti
- R Sistema respiratorio
- S Organi di senso
- V Vari

Classi di concedibilità o altre abbreviazioni contenute nella stessa colonna	
A	Concedibile SSN
C	Non concedibile SSN
H	Concedibile SSN solo da farmacie ospedaliere e/o territoriali delle ASP.
est	Farmaco reperibile solo all'estero
gal	Medicinale galenico
m.p.	Materia prima

Vie di somministrazione	
ev	endovenosa
epidurale	epidurale
id	intradermica
im	intramuscolare
imp. sc	Impianto sottocutaneo
inal	inalatoria
iniezione loc	iniezione locale
intrales	intralesionale
intracaver	intracavernosa
intratec	Intratecale
intracam	Intracamerale
ivas	intravasale
loc	locale o topica o locoregionale
nas	nasale
os	orale
rett	rettale
sc	sottocutanea
spugna medicata	spugna medicata
sl	sublinguale
epiles	epilesionale
td	transdermica
vag	vaginale
intravitr	intravitreale
vesc	vescicale

Note/altro	
DPC	Distribuzione per conto
L. 648/96	Farmaci a carico del SSN per patologie prive di valida alternativa terapeutica. https://www.aifa.gov.it/legge-648-96
PT web-based AIFA	Farmaci prescritti con Piano Terapeutico web-based AIFA https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1
Registro web-based AIFA	Farmaci sottoposti a Registri di monitoraggio AIFA https://www.aifa.gov.it/registri-e-piani-terapeutici1
Ricetta DEMA	Ricetta Dematerializzata
PHT	Prontuario della continuità ospedale territorio
Monitoraggio addizionale	Farmaci sottoposti a monitoraggio addizionale https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/medicines-under-additional-monitoring/list-medicines-under-additional-monitoring
Farmaci esteri	Farmaci esteri utilizzati in Italia nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale https://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=23
Sistema TS	Sistema Tessera Sanitaria
Scheda cartacea AIFA	Scheda AIFA di prescrizione cartacea
Scheda Regionale DCA	Nota 1-48 : DCA 36/2023
	Nota 13 : DCA 36/2023
	Nota 15 : DCA 36/2023
	EBPM : DCA 36/2023
	Nota 74 : DCA 133/2023
	Nota 95 : DCA 36/2023
	PT Generico : DCA 36/2023
Malattie rare	Farmaci utilizzati per le malattie rare
Orphan drug	Farmaci orfani https://www.aifa.gov.it/farmaci-orfani

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO											
A01 Stomatologici											
A01A Stomatologici											
A01AA Antimicrobici e antisettici per il trattamento orale locale											
A01AA02	Doxiciclina	os	RR	A							
A02 Farmaci per i disturbi correlati alla secrezione acida											
A02A Antiacidi											
A02AD Associazioni e complessi fra composti di Alluminio, Calcio e Magnesio											
A02AD02	Magaldrato	os	RR	A							
A02AF Antiacidi con antimeteorici											
A02AF01	Magnesio Idrossido/Algeltrato	os	OTC	C							
A02B Farmaci per il Trattamento dell'Ulcera Peptica e della Malattia da Reflusso Gastroesofageo (Gord)											
A02BA Antagonisti dei Recettori H2											
A02BA01	Cimetidina	os	OTC	C	48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BA02	Ranitidina	os,ev	RR	A	48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BA03	Famotidina	os,ev	RR	A	48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BA04	Nizatidina	os	RR	A	48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BB Prostaglandine											
A02BB01	Misoprostolo	os	RNR	A	1	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BC Inibitori della Pompa Acida											
A02BC01	Omeprazolo	os,ev	RR/OSP	A/H	1, 48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BC02	Pantoprazolo	os	RR	A	1, 48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BC03	Lansoprazolo	os	RR	A	1, 48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BC04	Rabeprazolo	os	RR	A	48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BC05	Esomeprazolo	os, ev	RR/OSP	A/H	1, 48	Scheda Regionale DCA Nota 1-48					
A02BX Altri Farmaci - Trattamento dell'ulcera Peptica e della malattia da Reflusso Gastroesofageo (Gord)											
A02BX02	Sucralfato	os	RR	A							
A02BX13	Acido Alginico	os	OTC	C							
A03 Farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali											
A03A Farmaci per i disturbi funzionali intestinali											
A03AA Anticolinergici Sintetici, Esteri con Gruppi Aminici Terziari											
A03AA	Pipetanato Etobromuro	os	RR	C							
A03AA05	Trimebutina maleato	os	RR	C							
A03AA06	Rociverina	os,ev	RR	C							
A03AB Anticolinergici Sintetici, Composti Ammonici Quaternari											
A03AB18	Pirifenio Bromuro	os,ev	RR	C							
A03AD01	Papaverina cloridrato	ev	OSP/RR	C							
A03AX Altri Farmaci per i disturbi funzionali intestinali											
A03AX12	Floroglucinato	im,ev	RR	A							
A03AX13	Siliconi	os	OTC/SOP	C							
A03B Belladonna e Derivati, non associati											
A03BA Alcaloidi della bella donna, amine terziarie											
A03BA01	Atropina Solfato	ev,im,sc	RRL/OSP	A/C							
A03BB Alcaloidi della Belladonna Semisintetici, Composti Ammonici Quaternari											
A03BB01	Scopolamina Butilbromuro	os,im,ev	SOP/OTC/RR	C/C/A							
A03BB05	Cimetropio Bromuro	os,im,ev	RR	A/C							
A03D Antispastici associati ad Analgesici											
A03DB Belladonna e derivati associati ad Analgesici											
A03DB04	Scopolamina Butilbromuro/Paracetamolo	os	OTC	C							
A03F Procinetici											
A03FA Procinetici											
A03FA01	Metoclopramide Cloridrato	os,ev,im	RR/OTC	A/C							
A03FA03	Domperidone	os	RR	C							
A03FA05	Alizapride Cloridrato	os,im,ev	RR	A/C							
A04 Antiemetici ed Antinausea											
A04A Antiemetici ed Antinausea											
A04AA Antagonisti della Serotonina (5HT3)											
A04AA01	Ondansetron	os,im,ev	RR/OSP	A/H							
A04AA02	Granisetron Cloridrato	os,im,ev,td	RR	A							
A04AA03	Tropisetron Cloridrato	os,ev,sc	RR	A/C							
A04AA04	Dolasetron Mesilato	os,ev	RR/OSP	A/H							
A04AA05	Palonosetron	ev	RRL	H							
A04AA55	Palonosetron/netupitant	os	RRL	H							
A04AD Altri Antiemetici											
A04AD12	Apreritant	os	RRL	H							
A04AD12	Fosapreritant	ev	OSP	H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A04AD49	Tietilperazina Dimaleato	os	RR	C							
A05 Terapia Biliare ed Epatica											
A05A Terapia Biliare											
A05AA Preparati a base di Acidi Biliari											
A05AA02	Acido Ursodesossicolico	os	RR	A	2						
A05AA03	Acido colico	os	RNRL	H							Orphan drug Monitoraggio addizionale
A05AA04	Acido ebeticolico	os	RRL	H		Piano Terapeutico cartaceo AIFA					Orphan drug Monitoraggio addizionale
A05AA49	Acido Tauroursodesossicolico Didrato	os	RR	A	2						
A05AX Altri farmaci per la terapia biliare											
A05AX05	Odevixibat	os	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale Farmaci malattie rare
A05B Terapia epatica, Lipotropi											
A05BA Terapia epatica											
A05BA	Arginina	ev	RR	C							
A05BA49	Tiopronina	os,im	RR	C							Farmaci malattie rare
A06 Lassativi											
A06A Lassativi											
A06AB Lassativi di contatto											
A06AB06	Glicosidi della Senna	os	OTC	C							
A06AB58	Sodio picosolfato/ossido di magnesio leggero, acido citrico anidro	os	RR	C							
A06AD Lassativi ad azione Osmotica											
A06AD	Magnesio Solfato	os			m.p.						
A06AD11	Lattulosio	os	RR/OTC		A/C						
A06AD15	Macrogol 4000	os	SOP		C						
A06AD65	Macrogol 4000/Sodio Solfato Anidro/Sodio Bicarbonato/Sodio C/Simecone/potassio cloruro	os	RR		C						
A06AD65	Macrogol 3350/sodio solfato/sodio cloruro/potassio cloruro/acido ascorbico/sodio ascorbato	os	RR		C						
A06AD65	Macrogol 3350/sodio cloruro/sodio idrogeno carbonato/potassio cloruro	os	RR		C						
A06AG Clismi											
A06AG01	Sodio Fosfato Monobasico/Sodio Fosfato Bibasico	ret	OTC	C							
A06AG10	Docusato Sodico/Sorbitolo	ret	OTC	C							
A06AH Antagonisti dei recettori oppioidi periferici											
A06AH01	Metilnaltrexone bromuro	sc	RR	A	90						
A06AH03	Naloxegol	os	RR	A	90						
A06AH05	Naldemedina	os	RR	A	90						Monitoraggio addizionale
A06AX Altri Lassativi											
A06AX01	Glicerolo	ret	OTC	C							
A07 Antidiarici, Antinfiammatori ed Antimicrobici Intestinali											
A07A Antimicrobici Intestinali											
A07AA Antibiotici											
A07AA02	Nistatina	os	RR	A							
A07AA06	Paromomicina	os	RR	A							
A07AA07	Amfotericina B	os	RR	C							
A07AA11	Rifaximina	os	RR/RRL	A			PHT			DPC	
A07AA12	Fidaxomicina	os	OSP	H							
A07AA51	Bacitracina/Neomicina	os	RR	C							
A07BA Preparati a base di Carbone											
A07BA01	Carbone Medicinale	os	OTC	C							
A07D Antipropulsivi											
A07DA Antipropulsivi											
A07DA03	Loperamide	os	OTC	C							
A07E Antinfiammatori Intestinali											
A07EA Corticosteroidi per uso topico											
A07EA02	Idrocortisone	ret	RR	A							Farmaci malattie rare
A07EA07	Beclometasone	os,ret	RR	A							
A07EC Acido Aminosalicilico ed Analoghi											
A07EC01	Sulfasalazina	os	RR	A							
A07EC02	Mesalazina	os,ret	RR	A							
A07F Microorganismi Antidiarici											
A07XA04	Racecadotril	os	RR	C							
A08A Farmaci contro l'obesità, esclusi i prodotti dietetici											
A08AA Farmaci contro l'obesità ad azione centrale											
A08AA12	Setmelanotide	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
A09 Digestivi inclusi gli enzimi											
A09A Digestivi inclusi gli enzimi											
A09AA Preparati a base di enzimi											
A09AA02	Pancrelipasi	os	RRL-RR/RR	A/C			PHT				
A10 Farmaci usati nel diabete											
A10A Insuline ed Analoghi											
A10AB Insuline ed Analoghi iniettabili, ad azione rapida											
A10AB01	Insulina Umana Biosintetica Da Dna Ricombinante	sc	RR	A							Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A10AB04	Insulina Lispro	sc	RR	A							Monitoraggio addizionale
A10AB04	Insulina Lispro biosimilare	sc	RR	A							
A10AB05	Insulina Aspart	sc	RR	A							Monitoraggio addizionale
A10AB05	Insulina Aspart biosimilare	sc	RR	A							
A10AB06	Insulina Glulisina	sc	RR	A							
A10AC Insuline ed Analoghi iniettabili, ad azione intermedia											
A10AC01	Insulina Umana Iosofano da DNA ricombinante	sc	RR	A							
A10AC04	Insulina lispro da DNA ricombinante	sc	RR	A							
A10AD Insuline ed analoghi iniettabili, azione intermedia e rapida in associazione											
A10AE Insuline ed Analoghi, ad azione lenta											
A10AE04	Insulina Glargine	sc	RR	A			PHT			DPC	
A10AE04	Insulina Glargine Biosimilare	sc	RR	A			PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A10AE05	Insulina detemir	sc	RR	A			PHT			DPC	
A10AE06	Insulina degludec	sc	RR	A			PHT			DPC	
A10AE54	Insulina glargine/lisixenatide	sc	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10AE56	Insulina degludec/liraglutide	sc	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10B Ipoglicizzanti Orali											
A10BA Biguanidi											
A10BA02	Metformina Cloridrato	os	RR	A							
A10BB Sulfonamidi, derivati dell'urea											
A10BB01	Glibenclamide	os	RR	A							
A10BB09	Gliclazide	os	RR	A							
A10BB12	Glimepiride	os	RR	A							
A10BD Associazioni di antidiabetici orali											
A10BD01	Fenormina + glibenclamide	os	RR	A							
A10BD02	Metformina + glibenclamide	os	RR	A							
A10BD05	Pioglitazonecloridrato + metformina cloridrato	os	RR	A			PHT			DPC	
A10BD06	Pioglitazone + glimepiride	os	RR	A			PHT			DPC	
A10BD07	Sitagliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD08	Vildagliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD09	Alogliptin + pioglitazone	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD10	Saxagliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD11	Linagliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD13	Alogliptin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD15	Dapaglifozin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD16	Canaglifozin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD19	Empaglifozin + linagliptin	os	RRL	A	100	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA / Ricetta DEMA	PHT			DPC	
A10BD20	Empaglifozin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BD21	Saxagliptin + dapaglifozin	os	RRL	A	100	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA / Ricetta DEMA	PHT			DPC	
A10BD23	Ertuglifozin + metformina	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT				Monitoraggio addizionale
A10BD24	Ertuglifozin + sitagliptin	os	RRL	A	100	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA / Ricetta DEMA	PHT				Monitoraggio addizionale
A10BF Inibitori dell'alfa-Glucoosidasi											
A10BF01	Acarbosio	os	RR	C							
A10BG Tiazolidioni											
A10BG03	Pioglitazone	os	RR	A			PHT				
A10BH Inibitori della dipeptidil peptidasi 4 (DPP-4)											
A10BH01	Sitagliptin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BH02	Vildagliptin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BH03	Saxagliptin	os	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BH04	Alogliptin	os	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BH05	Linagliptin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BX Altri Ipoglicizzanti Orali esclusi le insuline											
A10BX02	Repaglinide	os	RR	A							
A10BJ Analoghi dei recettori GLP-1											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A10BJ01	Exenatide	sc	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BJ02	Liraglutide	sc	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BJ03	Lixisenatide	sc	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BJ05	Dulaglutide	os	RRL	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BJ06	Semaglutide	sc,os	RRL/RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
A10BK	Inibitori del co trasportatore SGLT2										
A10BK01	Dapaglifozin	os	RR*/RRL	A	*100	PT web-based AIFA/*Scheda di prescrizione cartacea/*PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BK02	Canaglifozin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BK03	Empaglifozin	os	*RR/RRL	A	*100	PT web-based AIFA/*Scheda di prescrizione cartacea/*PT Sistema TS	PHT			DPC	
A10BK04	Ertuglifozin	os	RR	A	100	Scheda di prescrizione cartacea AIFA / PT Sistema TS	PHT				Monitoraggio addizionale
A11	Vitamine										
A11A	Poiivitaminici associati										
A11AA	Poiivitaminici associati a minerali										
A11AA04	Complesso Vitaminico/Sali Minerali	os	OTC	C							
A11B	Poiivitaminici, non associati										
A11C	Vitamine A e D, comprese le loro associazioni										
A11CA	Vitamina A, non associata										
A11CA01	Retinolo Palmitato	os	RR	C							
A11CC	Vitamina D ed Analoghi										
A11CC01	Ergocalciferolo	im	RR	A							
A11CC02	Diidrotachisterolo	os	RR	A							
A11CC03	Alfacalcidolo	os	RR	A							
A11CC04	Calcitriolo	os,ev	RR/RNRL	A/H							
A11CC05	Colecalciferolo	os,im	RR	A	96						
A11CC06	Calcifediolo	os	RR	A	96						
A11D	Vitamina B1 solo o in associazione con Vit. B6 e Vit. B12										
A11DA	TIAMINA (VITAMINA B1), NON ASSOCIATA										
A11DA01	Tiamina cloridrato	im	RR	C							
A11DB	Vitamina B1, in associazione con Vit. B6 E/O Vit. B12										
A11DB	Tiamina/Cianocobalamina	os,im	RR	C							
A11DB	Tiamina/Piridossina/Ildrossicobalamina	im	RR	C							
A11DB	Cocarbosilasi/Piridossina/Cianocobalamina	im	RR	C							
A11DB	Cocarbosilasi/Piridossina/Ildrossicobalamina	os,im	SOP	C							
A11DB	Tiamina/Piridossina/Cianocobalamina	os,im	RR	C							
A11	Complesso Vitaminico										
A11G	Vitamina C, comprese le associazioni										
A11GA	Vitamina C non associata										
A11GA01	Acido Ascorbico	os	OTC	C							
A11H	Altri Preparati di Vitamine, non associate										
A11HA01	Nicotinamide	os	RR	C					SI		
A12	Integratori Minerali										
A12A	Calcio										
A12AA	Calcio										
A12AA03	Calcio Gluconato	ev	OSP	C							
A12AA04	Calcio Carbonato	os	RR	A							
A12AA12	Calcio acetato anidro	os	RR	A							
A12AA20	Calcio Lattogluconato/Calcio Carbonato	os	RR	A							
A12AX	Calcio, Associazione con altri farmaci										
A12AX	Calcio Carbonato/Colecalciferolo	os	RR	A	96						
A12B	Potassio										
A12BA	Potassio										
A12BA	Acido Aspartico										
A12BA	Potassio Aspartato										
A12BA01	Potassio Cloruro	os	RR	C							
A12BA30	Associazioni:Acido Aspartico (Sale Di Magnesio) + Acido Aspartico (Sale Di Potassio)	os	OTC	C							
A12C	Altri Integratori Minerali										
A12CB	Zinco										
A12CB01	Zinco Solfato	os	RR	C							Farmaci malattiere rare
A12CC	Magnesio										
A12CC08	Magnesio Pidolato	os	OTC	C							
A16	Altri Farmaci dell'apparato gastrointestinale e del Metabolismo										
A16A	Altri Farmaci dell'apparato gastrointestinale e del Metabolismo										
A16AA	Aminoacidi e derivati										
A16AA01	Aminoacidi	ev	RNRL	H							
A16AA01	Levocarnitina	ev	RR	A	8		PHT		SI		
A16AA01	Levopropionilcarnitina	os	RR	C							
A16AA04	Mercaptamina bitartrato	os	RNRL	A*/H			PHT				*Farmaci malattiere rare

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A16AA05	Acido carginico	os	RNRL	A			PHT				
A16AA06	Betaina anidra	os	RNRL	A			PHT				
A16AA07	Metreleptina	ev	RRL	H							Orphan drug Monitoraggio aggiuntionale
A16AB	Enzimi										
A16AB02	Imiglucerasi	ev	OSP	H							
A16AB03	Agalsidasi alfa	ev	OSP	H							
A16AB04	Agalsidasi beta	ev	OSP	H							
A16AB05	Laronidasi	ev	RR	H							
A16AB07	A-glucosidasi alfa	ev	OSP	H							
A16AB08	Galsulfase	ev	OSP	H							
A16AB09	Idursulfase	ev	RR	H							Monitoraggio aggiuntionale
A16AB10	Velaglucerasi alfa	ev	OSP	H							Orphan drug
A16AB12	Elosulfase alfa	ev	OSP	H							Orphan drug Monitoraggio aggiuntionale
A16AB14	Sebelipasi alfa	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio aggiuntionale Farmaci malattie rare
A16AB15	Velmanase alfa	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug Monitoraggio aggiuntionale
A16AB17	Cerliponase alfa	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio aggiuntionale
A16AB18	Vestronidasi alfa	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio aggiuntionale
A16AB19	Pegvaliase	sc	RRL	H							Orphan drug Monitoraggio aggiuntionale
A16AB21	Atidarsagene autotemcel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio aggiuntionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
A16AX Prodotti vari dell'apparato gastrointestinale e metabolismo											
A16AX03	Sodio fenilbutirrato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX04	Nitisinone	os	RR	A			PHT				Farmaci malattie rare
A16AX05	Zinco acetato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX06	Miglustat	os	RRL	A			PHT				
A16AX07	Sapropterin	os	RRL	A			PHT				
A16AX08	Teduglutide	sc	RRL	H							Monitoraggio addizionale
A16AX10	Eliglustat	os	RRL	A			PHT				Orphan drug Monitoraggio addizionale
A16AX12	Trientina diidrocilidato	os	RNRL	A			PHT				
A16AX12	Trientina tetraidrocloridato	os	RNRL	A			PHT				Farmaci malattie rare
A16AX14	Migalastat	os	RRL	A			PHT				Orphan drug
A16AX16	Givosiran	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio addizionale
A16AX18	Lumasiran	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
B SANGUE ED ORGANI EMATOPOIETICI											
B01 Antitrombotici											
B01A Antitrombotici											
B01AA Antagonisti Della Vitamina K											
B01AA03	Warfarin	os	RR	A	97	Sistema TS					
B01AA07	Acenocumarolo	os	RR	A	97	Sistema TS					
B01AB Eparinici											
B01AB01	Eparina sodica	ev,sc	RR	A			PHT				
B01AB02	Antitrombina III	ev	OSP	H							
B01AB04	Dalteparina Sodica	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI		
B01AB05	Enoxaparina sodica/enoxaparina sodica biosimilare	sc,ev	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI	DPC	Monitoraggio addizionale
B01AB06	Nadroparina Calcica	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI	DPC	Monitoraggio addizionale
B01AB07	Parnaparina	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI	DPC	
B01AB09	Danaparoid	ev	RR	H							Farmaci malattie rare
B01AB08	Reviparina Sodica	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI		
B01AB12	Bemiparina sodica	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA EBPM	PHT		SI		
B01AC Antiaggreganti PiastriNICI, esclusa l'eparina											
B01AC04	Clopidogrel	os	RR	A			PHT				
B01AC05	Ticlopidina	os	RNR	A							
B01AC06	Acido Acetilsalicilico	os	RR	A							
B01AC07	Dipiridamolo	os,ev	RR	C							
B01AC09	Epoprostenolo	ev	RRL	H							
B01AC11	Iloprost Sale Di Trometamolo	ev	RRL	A			PHT		SI		
B01AC13	Abciximab	ev	OSP	H							
B01AC16	Eptifibatide	ev	OSP	H							
B01AC17	Tirofiban	ev	OSP	H							
B01AC21	Treprostinil	ev	RRL	H							
B01AC22	Prasugrel	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B01AC24	Ticagrelor	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B01AC25	Cangrelor	ev	OSP	H							
B01AC27	Selevipag	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
B01AC30	Clopidogrel/acido acetilsalicilico	os	RR	A			PHT			DPC	
B01AD Enzimi											
B01AD02	Alteplase	ev	OSP	H					SI		
B01AD04	Urochinasi	ev	OSP	H							
B01AD10	Drotrecogin Alfa	ev	OSP	H							
B01AD11	Tenecteplase	ev	OSP	H							
B01AD12	Proteina C	ev	OSP	H							
B01AE Inibitori diretti della trombina											
B01AE02	Lepirudina	ev	OSP	H							
B01AE03	Argatroban	ev	OSP	H							
B01AE06	Bivalirudina	ev	OSP	H							
B01AE07	Dabigatran etexilato	os	RRL	A	*97	*Sistema TS / PT web-based AIFA	PHT			DPC	*Nota AIFA 97 per pazienti con FANV
B01AF Inibitori diretti del fattore Xa											
B01AF01	Rivaroxaban	os	RRL	A	*97	*Sistema TS / PT web-based AIFA	PHT			DPC	*Nota AIFA 97 per pazienti con FANV Monitoraggio addizionale
B01AF02	Apixaban	os	RRL	A	*97	*Sistema TS / PT web-based AIFA	PHT			DPC	*Nota AIFA 97 per pazienti con FANV
B01AF03	Edoxaban	os	RRL	A	*97	*Sistema TS / PT web-based AIFA	PHT			DPC	*Nota AIFA 97 per pazienti con FANV

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
B01AX Altri Antitrombotici											
B01AX04	Dermatan Solfato	ev	OSP	H							
B01AX05	Fondaparinux sodico	sc	RR	A			PHT			DPC	
B01AX07	Caplacizumab	ev	RRL	H							Orphandrug Monitoraggio addizionale
B02 Antiemorragici											
B02A Antifibrinolitici											
B02AA Aminoacidi											
B02AA02	Acido Tranexamico	os,ev	RR	A							
B02AB Inibitori delle Proteasi											
B02AB02	Alfa1-antitripsina	ev	RNRL	H							
B02AB49	Gabexato	ev	OSP	H							
B02B Vitamina K ed Altri Emostatici.											
B02BA Vitamina K											
B02BA49	Menadiolo Sodio Solfato	im	RR	C							
B02BA01	Fitomenadione	os,im	RR	A							
B02BC Emostatici Locali											
B02BC30	Fibrinogeno umano/Fattore XIII della coagulazione/aprotinina sintetica	epiles	OSP	C							
B02BC30	Fibrinogeno umano/Trombina umana Spugna medicata	spugna medicata	OSP	C							
B02BC30	Fibrinogeno/fibronectina/trombina	epiles	OSP	C							
B02BC30	Proteina coagulante umana/trombina/Ac. Tranexamico/Calcio Cloruro	epiles	OSP	C							
B02BD Fattori della Coagulazione del Sangue											
B02BD	Complesso Protrombinico Umano	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
B02BD01	Fattore IX, II, VII, X della coagulazione, prot. c, prot. s.	ev	OSP	H							
B02BD02	Efmorctocog	ev	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Morctocog Alfa - (Fattore VIII di Coagulazione, Ricombinante)	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Octocog alfa	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Fattore VIII Di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Turoctocog alfa	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Turoctocog alfa pegol	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B02BD02	Simoctocog	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Lonoctocog	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD02	Rurioctocog Alfa Pegol	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B02BD02	Damococog Alfa Pegol	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
B02BD03	Complesso protrombinico attivato- fattore VIII	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD04	Nonacog beta pegilato - Fattore IX Di Coagulazione ricombinante	ev	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
B02BD04	Fattore IX di Coagulazione Del Sangue Umano Liofilizzato	ev	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD04	Eftrenonacog	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Orphandrug
B02BD04	Albutrepenonacog alfa	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Orphandrug
B02BD04	Nonacog gamma	ev	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD05	Fattore VII della coagulazione sangue umano liofilizzato	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD06	Fattore Von Willebrand umano	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
B02BD08	Eptacog Alfa Attivato (Fattore VII Di Coagulazione Da Dna Ricombinante)	ev	RNRL	H							Farmaci malattie rare
B02BD09	Nonacog alfa (Fattore IX di Coagulazione, Ricombinante)	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico					
B01BD11	Catridecagoc	ev	OSP	H							
B02BD14	Susococog alfa	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
B02BX Altri Emostatici Per Uso Sistemico											
B02BX01	Etamsilato	os,im	RR	C							
B02BX04	Romiplostim	sc	RR	H							
B02BX05	Eltrombopag	ev,os	RR	H							
B02BX06	Emicizumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
B02BX07	Lusutrombopag	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
B02BX08	Avatrombopag	os	RR	H							Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
B02BX09	Fostamatinib	os	RRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale Farmaci malattie rare
B03 Farmaci Antianemici											
B03A Preparati A Base Di Ferro											
B03AA Ferro Bivalente, Preparati Orali											
B03AA03	Ferroso Gluconato	os	RR	A							
B03AA07	Ferroso Solfato/Acido Ascorbico	os	RR	A							
B03AB Ferro Trivalente, Preparati Orali											
B03AB49	Sodio Ferrigluconato	os	RR	A							
B03AC Ferro, preparati parenterali											
B03AC	Carbossimaltoso ferrico	ev	OSP	H							
B03AC	Derisomaltoso ferrico	ev	OSP	H							
B03AD Ferro In Associazione con Acido Folico											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
B03AD03	Ferroso Solfato/Acido Ascorbico/Acido Folico	os	RR	C							
B03B Vitamina B12 ed Acido Folico											
B03BA Vitamina B12 (Cianocobalamina e Derivati)											
B03BA01	Cianocobalamina	sc,im	RR	A							
B03BA03	Idrossocobalamina	os,ev,im	RR	C							
B03BB Acido Folico e Derivati											
B03BB01	Acido Folico Sale Sodico	os,im	RR	A							
B03X Altri Preparati Antianemici											
B03XA Altri Preparati Antianemici											
B03XA01	Eritropoietina alfa originator	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
B03XA01	Eritropoietina alfa biosimilare	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
B03XA01	Eritropoietina beta	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
B03XA01	Eritropoietina zeta	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
B03XA01	Eritropoietina teta	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
B03XA02	Darbepoietina Alfa	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	ev,sc	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
B04XA05	Roxadustat	os	RNRL	A		Piano Terapeutico cartaceo AIFA	PHT				
B03XA06	Luspatercept	sc	RNRL	A		PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
B05 Succedanei del Sangue e Soluzioni Perfusionali											
B05A Sangue e Prodotti correlati											
B05AA Succedanei del Sangue e Frazioni Proteiche Plasmatiche											
B05AA01	Albumina Umana Soluzione	ev	RR	A/C	15	Scheda Regionale DCA Nota 15					
B05AA02	Altre frazioni proteiche plasmatiche	ev	RR	C							
B05AA05	Destrano 40	ev	OSP	H							
B05AA05	Destrano 70	ev	OSP	C							
B05AA06	Derivati della gelatina	ev	OSP	H							
B05AA07	Idrossietil-Amido	ev	OSP	H							
B05B Soluzioni Endovena											
B05BA Soluzioni Nutrizionali Parenterali											
B05BA01	Aminoacidi	ev	RNRL	C							
B05BA02	Emulsioni di grassi	ev	RNRL	C							
B05BA03	Carboidrati	ev	RR	A/C							
B05BA04	Idrosilati proteici	ev	RR	A							
B05BA10	Associazioni	ev	RNRL	H/C							
B05BB Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico											
B05BC Soluzioni che favoriscono la Diuresi Osmotica											
B05BC01	Mannitolo	ev	RR	C							
B05BC49	Glicerolo	ev	RR	C							
B05C Soluzioni per irrigazioni											
B05CB	Soluzioni saline	ev		C							
B05CX Altre soluzioni per irrigazione											
B05D Soluzioni per dialisi peritoneale											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
B05X Soluzioni Endovena Additive											
B05XA Soluzioni Elettrolitiche											
B05XA30	Associazioni di elettroliti	ev		C							
B05XB Aminoacidi											
B05XC Vitamine											
B05XC	Retinolo Palmitato/Ergocalciferolo/Tocoferolo Alfa/Fitomenad	ev	OSP	H							
B05Z Emodialitici ed emofiltrati											
B05ZA	Emodialitici, concentrati	ev									
B05ZA	Soluzioni per emodialisi	ev									
B05ZB	Emofiltrati	ev									
B06 Altri Agenti Ematologici											
B06A Altri Agenti Ematologici											
B06AA Enzimi											
B06AA03	Ialuronidasi	inlez,loc	USPL	C							
B06AA49	Promelasi	os	RR	C							
B06AA49	Serrapeptasi	os	RR	C							
B06AB01	Emina	ev	OSP	H							
B06AC Farmaci utilizzati nell'angioedema ereditario											
B06AC01	Inibitore umano della C1-esterasi	ev, sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale Farmaci malattie rare
B06AC05	Lanadelumab	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Orphan drug Monitoraggio addizionale
B06AX Altri agenti ematologici											
B06AX01	Crizanlizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
C SISTEMA CARDIOVASCOLARE											
C01 Terapia Cardiaca											
C01A Glucosidi Cardiaci											
C01AA Glucosidi Digitalici											
C01AA05	Digossina	os,im	RR	A							
C01AA08	Metildigossina	os,ev	RR	A							
C01B Antiaritmici, Classe I E III											
C01BA Antiaritmici, Classe I A											
C01BA01	Chinidina	os	RR	A							
C01BA49	Diidrochinidina Cloridrato	os	RR	A							
C01BB Antiaritmici, Classe I B											
C01BB02	Mexiletina Cloridrato	os,ev	RR	A					SI		
C01BC Antiaritmici, Classe I C											
C01BC03	Propafenone	os,ev	RR	A							
C01BC04	Flecainide Acetato	os,ev	RR/OSP	A/H							
C01BD Antiaritmici, Classe III											
C01BD01	Amiodarone Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
C01BD05	Ibutilide Fumarato	ev	OSP	C							
C01BD07	Dronedarone	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
C01C Stimolanti Cardiaci, esclusi i Glucosidi Cardiaci											
C01CA Adrenergici e Dopaminergici											
C01CA01	Etillefina Cloridrato	os,ex,im	RR	C							
C01CA02	Isoprenalina cloridrato	ev	RR	C							
C01CA03	Noradrenalina	im	OSP	H							
C01CA04	Dopamina Cloridrato	ev	OSP	H							
C01CA07	Dobutamina Cloridrato	ev	OSP	H							
C01CA17	Midodrina Cloridrato	os,im	RR	C							
C01CA19	Fenoldopam Mesilato	ev	OSP	H							
C01CA24	Epinefrina	im,ev	RR	A/H		Scheda Regionale DCA PT generico					
C01CA26	Efedrina cloridrato	im	RR/OSP	C							
C01CE Inibitori della Fosfodiesterasi											
C01CE03	Enoximone	ev	OSP	H							
C01CX Altre sostanze inotrope											
C01CX08	Levosimentan	ev	OSP	C							
C01D Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache											
C01DA Nitriti Organici											
C01DA02	Nitroglicerina	ev,sl,td	RR/OSP	A/H							
C01DA08	Isosorbide Dinitrato	os,sl,ev	RR/OSP	A/C/H							
C01DA14	Isosorbide Mononitrato	os	RR	A							
C01DX Altri Vasodilatatori Usati nelle malattie cardiache											
C01DX11	Trapidil	os	RR	C							
C01EA Prostaglandine											
C01EA01	Alprostadil	ev	OSP	H							
C01EB Altri Preparati Cardiaci											
C01EB07	Fruttosio Difosfato Sodico	os,ev	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C01EB10	Adenosina	ev	OSP	C							
C01EB15	Trimetazidina Dicloridrato	os	RR	C							
C01EB16	Ibuprofene sale di lisina	ev	OSP	C							
C01EB17	Ivabradina	os	RR	A			PHT			DPC	
C01EB18	Ranolazina	os	RR	A		Piano Terapeutico Cartaceo AIFA	PHT			DPC	
C01EB19	Icatibant acetato	sc	RR	H							
C01EB21	Regadenoson	ev	OSP	C							
C02	Antipertensivi										
C02A	Sostanze Antiadrenergiche ad azione centrale										
C02AB01	Metilidopa	os	RR	A							
C02AC	Agonisti dei Recettori dell' Imidazolina										
C02AC01	Clonidina	os,td,im	RR/OSP	A/H							
C02AC05	Moxonidina	os	RR	A							
C02C	Sostanze Antiadrenergiche ad azione periferica										
C02CA	Bloccanti dei Recettori Alfa-Adrenergici										
C02CA04	Doxazosinamesilato	os	RR	A							
C02CA06	Urapidil Cloridrato	ev	OSP	H							
C02DD	Derivati Nitroferrianiurici										
C02DD01	Sodio Nitroprussiato Anidro	ev	OSP	C							
C02K	Altri antipertensivi										
C02KX01	Bosentan	os	RRL	A			PHT				Farmaci malattie rare
C02KX02	Ambrisentan	os	RRL	A			PHT				
C02KX03	Sitaxentan sodico	os	RRL	H							
C02KX04	Macitentan	os	RRL	A			PHT				Orphan drug
C02KX05	Riociguat	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
C03	Diuretici										
C03A	Diuretici ad azione diuretica minore, Tiazidi										
C03AA	Tiazidi, non Associate										
C03AA03	Idroclorotiazide	os	RR	A							
C03B	Diuretici ad azione diuretica minore, escluse le Tiazidi										
C03BA	Sulfonamidi, non associate										
C03BA04	Clortalidone	os	RR	A							
C03BA08	Metolazone	os	RR	A							
C03BA11	Indapamide	os	RR	A							
C03C	Diuretici ad azione diuretica maggiore										
C03CA	Sulfonamidi, non associate										
C03CA01	Furosemide	os,ev,im	RR/OSP	A/H							
C03CA03	Piretanide	os	RR	C							
C03CA04	Torasemide	ev,os	RR/OSP	H/A							
C03CC	Derivati dell'acido arilossacetico										
C03CC01	Acido etacrinico	ev	RR	C							
C03D	Farmaci risparmiatori di Potassio										
C03DA	Antagonisti dell'aldosterone										
C03DA01	Spironolattone	os	RR	A					SI		
C03DA02	Canrenoato Di Potassio	os,ev	RR/OSP	A/H							
C03DA03	Canrenone	os	RR	A							
C03E	Diuretici e Farmaci risparmiatori di Potassio in associazione										
C03EA	Diuretici ad azione diuretica minore e Farmaci risparmiatori di Potassio										
C03EA01	Spironolattone /Idroclorotiazide	os	RR	A							
C03EA01	Amiloride Cloridrato/Idroclorotiazide	os	RR	A							
C03EA14	Buttazide E Farmaci Risparmiatori Di Potassio	os	RR	A							
C03EB	Diuretici ad azione diuretica maggiore associata a Farmaci risparmiatori di Potassio										
C03EB01	Furosemide/Triamterene	os	RR	A							
C03EB01	Furosemide/Spironolattone	os	RR	A							
C03XA	Antagonista della vasopressina										
C03XA01	Tolvaptan	os	RNRL	*A/H		*Scheda multifarmaco semplificata	*PHT				*Monitoraggio addizionale
C04	Vasodilatatori Periferici										
C04A	Vasodilatatori Periferici										
C04AD	Derivati Purinici										
C05	Vasoprotettori										
C05A	Antiemorroidali per uso topico										
C05AA	Prodotti a base di Corticosteroidi										
C05AA01	Idrocortisone/Esculoside/Amilocalina/Benzocaina/Benzalconio C	ret,loc	SOP	C							
C05AA01	Lidocaina Cloridrato/Idrocortisone Acetato	loc	SOP	C							
C05B	Terapia antivirica										
C05BA	Eparine o Eparinoidi per uso topico										
C05BA03	Escina/fosfatidil colina	loc	RR	C							
C05BB	Sostanze Sclerosanti per iniezioni locali										
C05BB02	Polidocanolo	ev	RR	C							
C05C	Sostanze Capillaroprotettrici										
C05CX	Altre Sostanze Capillaroprotettrici										
C07	Betabloccanti										
C07A	Betabloccanti, Non Associati										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C07AA Betabloccanti, Non Selettivi, Non Associati											
C07AA05	Propranololo Cloridrato	os	RR/RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
C07AA06	Timololo	os	RR	A							
C07AA07	Sotalolo	os	RR	A							
C07AB Betabloccanti, Selettivi, Non Associati											
C07AB02	Metoprololo	os,ev	RR/OSP	A/H							
C07AB03	Atenololo	os,ev	RR	A							
C07AB04	Acebutololo Cloridrato	os	RR	A							
C07AB07	Bisoprololo fumarato	os	RR	A							
C07AB08	Celiprololo	os	RR	A							
C07AB09	Esmololo	ev	OSP	H							
C07AB12	Nebivololo	os	RR	A							
C07AB14	Landiololo Cloridrato	ev	OSP	C							
C07AG Bloccanti dei Recettori Alfa e Beta Adrenergici											
C07AG01	Labetalolo	os,ev	RR/OSP	A/H							
C07AG02	Carvedilolo	os	RR	A							
C07CB Betabloccanti Selettivi ed altri Diuretici											
C07CB03	Atenololo/Indapamide	os	RR	A							
C07CB53	Atenololo/Clortalidone	os	RR	A							
C07CG Alfa e Betabloccanti ed altri Diuretici											
C07CG01	Labetalolo/Clortalidone	os	RR	C							
C08 Calcioantagonisti											
C08C Calcioantagonisti selettivi con prevalente effetto vascolare											
C08CA Derivati Diidropiridinici											
C08CA01	Amlodipina	os	RR	A							
C08CA02	Felodipina	os	RR	A							
C08CA03	Isradipina	os	RR	A							
C08CA04	Nicardipina	os	RR	A							
C08CA05	Nifedipina	os	RR	A							
C08CA06	Nimodipina	os,ev	RR/OSP	C/H							
C08CA07	Nisoldipina	os	RR	A							
C08CA08	Nitrendipina	os	RR	A							
C08CA09	Lacidipina	os	RR	A							
C08CA12	Barnidipina	os	RR	A							
C08CA13	Lercanidipina Cloridrato	os	RR	A							
C08CA16	Clevidipina	ev	OSP	H							
C08D Calcioantagonisti Selettivi con effetto cardiaco diretto											
C08DA Derivati Fenilalchilaminici											
C08DA01	Verapamil	os,ev	RR	A							
C08DA02	Gallopamil	os	RR	A							
C08DB Derivati Benzotiazepinici											
C08DB01	Diltiazem	os,im,ev	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C09 Sostanze ad azione sul Sistema Renina-Angiotensina											
C09A Ace-Inibitori, Non Associati											
C09AA Ace Inibitori, Non Associati											
C09AA01	Captopril	os	RR	A							
C09AA02	Enalapril	os	RR	A							
C09AA03	Lisinopril Diidrato	os	RR	A							
C09AA04	Perindopriltert-butilamina	os	RR	A							
C09AA05	Ramipril	os	RR	A							
C09AA06	Quinapril	os	RR	A							
C09AA15	Zofenopril calcio	os	RR	A							
C09B Ace Inibitori, Associazioni											
C09BA Ace Inibitori e Diuretici											
C09BA01	Captopril/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA02	Enalapril/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA04	Perindopril/Indapamide	os	RR	A							
C09BA05	Ramipril/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA05	Ramipril/Piretanide	os	RR	A							
C09BA08	Cilazapril Monoidrato/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09BA15	Zofenopril/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09BB Ace Inibitori e Calcio Antagonisti											
C09BB10	Verapamil Cloridrato/Trandolapril	os	RR	C							
C09C Antagonisti dell'angiotensina II											
C09CA Antagonisti dell'angiotensina II, non associati											
C09CA01	Losartan potassico	os	RR	A							
C09CA02	Eprosartan	os	RR	A							
C09CA03	Valsartan	os	RR	A							
C09CA04	Irbesartan	os	RR	A							
C09CA06	Candesartan	os	RR	A							
C09CA07	Telmisartan	os	RR	A							
C09CA08	Olmesartan	os	RR	A							
C09D Antagonisti dell'angiotensina II, Associazioni											
C09DA Antagonisti dell'angiotensina II e Diuretici											
C09DA01	Losartan Potassico/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA02	Eprosartan/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA03	Valsartan/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA04	Irbesartan/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA07	Telmisartan/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09DA12	Olmesartan/didroclorotiazide	os	RR	A							
C09DB02	Olmesartan medoxomil + amlodipina	os	RR	A							
C09DX04	Sacubitril/valsartan	os	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT			DPC	
C09XA Inibitori della renina											
C09XA02	Aliskiren emifumarato	os	RR	A							
C10 Sostanze Ipolipemizzanti											
C10A Ipocholesterolemizzanti ed Ipotrigliceridemizzanti											
C10AA Inibitori della HmgCoo Reduttasi											
C10AA01	Simvastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AA02	Lovastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AA03	Pravastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AA04	Fluvastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AA05	Atorvastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AA07	Rosuvastatina	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AB Fibrati											
C10AB02	Bezafibrato	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AB04	Gemfibrozil	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AB05	Fenofibrato	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AC Sequestranti degli Acidi Biliari											
C10AC01	Colestiramina	os	RR	A							
C10AX Altre sostanze modificatrici die lipidi											
C10AX06	Omega 3 trigliceridi inclusi altri esteri ed acidi	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AX09	Ezetimibe	os	RR	A	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10AX15	Acido bempedoico/ezetimibe	os	RR	A		Scheda di prescrizione cartacea AIFA	PHT				
C10AX12	Lomitapide	os	RNRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
C10AX13	Evolocumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
C10AX14	Alirocumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
C10AX15	Acido bempedoico	os	RR	A		Scheda di prescrizione cartacea AIFA	PHT				
C10AX16	Inclisiran	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
C10AX18	Volanesorsen	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug Monitoraggio addizionale
C10B	Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni										
C10BA	Inibitori dell' HMG CoA reductasi in associazione con altre sostanze modificatrici dei lipidi										
C10BA02	Ezetimibe/Sinvastatina	os	RR	A							
C10AB05	Atorvastatina/Ezetimibe	os	RR	A/C	13	Scheda Regionale DCA Nota 13					
C10BA06	Rosuvastatina/Ezetimibe	os	RR	A							
D	Dermatologici										
D01	Antimicotici per uso dermatologico										
D01A	Antimicotici per uso topico										
D01AC	Derivati Imidazolici e Triazolici										
D01AC02	Miconazolo	loc	SOP	C							
D01AC03	Econazolo Nittrato	loc	RR	C							
D01AC08	Chetoconazolo	loc	SOP	C							Monitoraggio addizionale
D01AE	Altri Antimicotici per uso topico										
D01AE14	Ciclopirox Sale Di Olamina	loc	RR	C							
D01B	Antimicotici per uso sistemico										
D01BA	Antimicotici per uso sistemico										
D01BA01	Griseofulvina	os	RR	A							
D02BB	Sostanze per uso sistemico contro le radiazioni UV										
D02BB02	Alfamelanotide	imp. sc	OSP	C							Monitoraggio addizionale
D03	Preparati per il trattamento di ferite ed ulcerazioni										
D03BA	Enzimi proteolitici	loc	OSP	H							
D04	Antipruriginosi, inclusi Antistaminici, Anestetici, ecc.										
D04A	Antipruriginosi, inclusi Antistaminici, Anestetici, ecc.										
D04AA	Antistaminici per uso topico										
D04AB	Anestetici per uso topico										
D04AB01	Lidocaina	loc	RR/SOP/OTC	C							
D04AB04	Benzocaina/Alcool Benzilico/Cloroxilenolo	loc	OTC	C							
D05	Antipsoriasici										
D05A	Antipsoriasici per uso topico										
D05AA	Catrami										
D05AA	Catrame di carbon fossile	loc		m.p.							
D05AX	Altri Antipsoriasici per uso topico										
D05AX02	Calcipotriolo	loc	RR	A							
D05B	Antipsoriasici per uso sistemico										
D05BB	Retinoidi per il trattamento della Psoriasi										
D05BB02	Acitretina	os	RNR	A							Monitoraggio addizionale
D06	Antibiotici e Chemioterapici per uso dermatologico										
D06A	Antibiotici per uso topico										
D06AA02	Clortetraciclina	loc	RR	C							
D06AX	Altri Antibiotici per uso topico										
D06AX01	Acido Fusidico	loc	RR	C							
D06AX07	Gentamicina Solfato	loc	RR	C							
D06AX09	Mupirocina	loc	RR	C							
D06B	Chemioterapici Per Uso Topico										
D06BA	Sulfonamidi										
D06BA01	Sulfadiazina Argentinica	loc	OSP	H							
D06BA51	Sulfadiazina Argentinica + ac. ialuronico	loc	RR	C							
D06BB	Antivirali										
D06BB01	Idoxuridina	loc	RR	C							
D06BB03	Aciclovir	loc	RR	C							
D06BB10	Imiquimod 5%	loc	RRL	A		Piano Terapeutico cartaceo AIFA	PHT				
D06BB10	Imiquimod 3,75%	loc	RRL	A	95	Scheda Regionale DCA Nota 95					
D06BX	Altri Chemioterapici										
D06BX01	Metronidazolo	loc	RR	C							
D06BX03	Tirbanibulina	loc	RRL	A	95	Scheda Regionale DCA Nota 95					Monitoraggio addizionale
D07	Corticosteroidi, preparati Dermatologici										
D07A	Corticosteroidi, non associati										
D07AA	Corticosteroidi, deboli (Gruppo I)										
D07AA02	Idrocortisone	loc	OTC	C							
D07AB	Corticosteroidi, moderatamente attivi (Gruppo II)										
D07AB19	Desametasone	loc	RR	A	88						
D07AC	Corticosteroidi, attivi (Gruppo III)										
D07AC01	Betametasona Valerato	loc	RR	A	88						
D07AC06	Diflucortolone Valerato	loc	RR	C/A	88						
D07AC14	Metilprednisolone Aceponato	loc	RR	A	88						

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
D07AD	Corticosteroidi, molto attivi (Gruppo Iv)										
D07AD01	Clobetasolo Propionato	loc	RR	A	88						
D07AD02	Alcinonide	loc	RR	A	88						
D07C	Corticosteroidi, Associazioni con Antibiotici										
D07CA	Corticosteroidi deboli, Associazioni con Antibiotici										
D07CA01	Cloramfenicolo/Idrocortisone	loc	RR	C							
D07CC	Corticosteroidi attivi, associazioni con Antibiotici										
D07CC01	Gentamicina/Betametassone	loc	RR	C							
D07CC02	Flucinolone Acetonide ed antibiotici	loc	RR	C							
D07X	Corticosteroidi, preparati dermatologici										
D07XB	Corticosteroidi moderatamente attivi, altre associazioni										
D07XB05	Desametasone	loc	RR	C							
D07XC	Corticosteroidi attivi, altre Associazioni										
D07XC01	Betametassone/Acido Salicilico	loc	RR	C							
D08	Antisettici e Disinfettanti										
D08A	Antisettici e Disinfettanti										
D10	Preparati Antiacne										
D10A	Preparati Antiacne per uso topico										
D10AF	Antimicrobici per il trattamento dell'acne										
D10AF01	Clindamicina	loc	RR	C							
D10AF02	Eritromicina	loc	RR	C							
D10B	Preparati antiacne per uso sistemico										
D10BA	Retinoidi per il trattamento dell'acne										
D10BA01	Isotretinoina	os	RNRL	A							Monitoraggio addizionale
D11	Altri Preparati Dermatologici										
D11A	Altri Preparati Dermatologici										
D11AH	Agenti per dermatiti esclusi corticosteroidi										
D11AH01	Tacrolimus	loc	RRL	H		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
D11AH05	Dupilumab	sc	RNRL/RRL	H/A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena			
D11AH07	Tralokinumab	sc	RNRL	H							Scheda cartacea AIFA Monitoraggio addizionale
D11AH08	Abrocitinib	os	RNRL	H		Scheda di Prescrizione cartacea AIFA					
D11AX	Altri Dermatologici										
D11AX15	Pimecrolimus	loc	RRL	C							
D11AX18	Diclofenac in ialuronato	loc	RRL	A	95	Scheda Regionale DCA Nota 95					
D11AX19	Alitretionina	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
S	SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI										
G01	Antimicrobici ed Antisettici Ginecologici										
G01A	Antimicrobici ed Antisettici, escluse le associazioni con Corticosteroidi										
G01AA	Antibiotici										
G01AA49	Meclociclinasolfosalicilato	vag	RR	C							
G01AA51	Tinidazolo/Nistatina	vag	RR	C							
G01AF	Derivati Imidazolici										
G01AF01	Metronidazolo	vag	RR	C							
G01AF04	Miconazolo Nitrate	vag	RR	C							
G01AF05	Econazolo	vag	RR	C							
G01AF13	Azandazolo	vag	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G01AX Altri Antimicrobici ed Antisetici											
G01AX12	Ciclopirox	vag	RR	C							
G01BA Antibiotici e corticosteroidi											
G01BA	Idrocortisone + neomicina	vag	RR	C							
G02 Altri Ginecologici											
G02A Ossitocici											
G02AB Alcaloidi della Segale Cornuta											
G02AB01	Metilergometrina Maleato	os,im,ev	RR	A							
G02AD Prostaglandine											
G02AD02	Dinoprostone	ev,vag	OSP	H							
G02AD03	Gemeprost	vag	OSP	H							
G02AD05	Sulprostone	ev	OSP	H							
G02AD06	Misoprostolo	vag/os	OSP	C							
G02C Altri preparati ginecologici											
G02CA Simpatomimetici, Tocolitici											
G02CA01	Ritodrina	os,ev	RNR	A							
G02CA49	Isoxsuprina	ev,im	RNR	C							
G02CB Inibitori della Prolattina											
G02CB03	Cabergolina	os	RNR	A							
G02CC Preparati Antinfiammatori per somministrazione vaginale											
G02CC01	Ibuprofene Isobutanolammonio	vag	SOP	C							
G02CC02	Naproxene	vag	SOP	C							
G02CC03	Benzidamina Cloridrato	vag	SOP	C							
G02CX Altri Ginecologici											
G02CX01	Atosiban Acetato	ev	OSP	H							
G03 Ormoni Sexuali e Modulatori del Sistema Genitale											
G03A Contraccettivi Ormonali Sistemici											
G03AA Associazioni fisse estro-progestiniche											
G03AA07	Levonorgestrel + Etinilestradiolo	os	RR	A							
G03AA10	Etinilestradiolo/Gestodene	os	RR	A							
G03AC Progestinici											
G03AC03	Levonorgestrel	os	RNR	C							Monitoraggio addizionale
G03AC08	Etonogestrel	imp. sc	RNRL	C							
G03AD Contraccettivi d'emergenza											
G03AD01	Levonorgestrel	os	RNR	C							
G03B Androgeni											
G03BA Derivati del 3-oxoandrostene											
G03BA03	Testosterone (enantato/undecanoato)	os,im,loc	RNRL	A	36	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
G03BB Dderivati del 5-androstanone											
G03BB01	Mesterolone	os	RNRL	C							
G03C Estrogeni											
G03CA Estrogeni naturali e semisintetici, non associati											
G03CA01	Etinilestradiolo	os	RNR	A							
G03CA03	Estradiolo	os,td,im	RNR	A					SI		
G03CA04	Estriolo	vag	RNR	A							
G03CA09	Promestriene	os,vag	RR	A							
G03D Progestinici											
G03DA Derivati del Pregnene											
G03DA02	Medrossiprogesterone Acetato	os	RNR	A							
G03DA03	Idrossiprogesterone	im	RNR	A							
G03DA04	Progesterone	vag,td,im,os	RNR	A							
G03DB Derivati del Pregnadiene											
G03DB01	Didrogesterone	os	RR	A							
G03DC Derivati dell'estrene											
G03DC02	Noretisterone	os	RNR	A							
G03F Progestinici + Estrogeni in Associazione											
G03FB Preparati Sequenziali Estro-Progestinici											
G03FB	Estrogeni Coniugati Naturali/Medrossiprogesterone Acetato	os	RNR	C							
G03FB	Estrogeni Coniugati Naturali/Medrogestone	os	RNR	C							
G03FB	Estradiolo Emiidrato/Trimegestone	os	RNR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
G03G	Gonadotropine ed altri stimolanti dell'ovulazione										
G03GA	Gonadotropine										
G03GA01	Gonadotropina Corionica	im	RR	A							Monitoraggio addizionale
G03GA02	Menotropina	im	RR	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA04	Urofollitropina	im	RR	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA05	Follitropina alfa da DNA ricombinante	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA06	Follitropina beta	im	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA07	Lutropina alfa	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA08	Corifollitropina alfa	sc	RNRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA09	Coriogonadotropin alfa	sc	RR	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03GA10	Follitropina delta	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT				
G03GA30	Follitropina alfa/Lutropina alfa	sc	RRL	A	74	Scheda Regionale DCA Nota 74	PHT			DPC	
G03H	Antiandrogeni										
G03HB	Androgeni ed Estrogeni										
G03HB01	Ciproterone/etinilestradiolo	os	RNR	A					SI		Monitoraggio addizionale
G03X	Altri ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale										
G03XA	Antigonadotropine e sostanze similari										
G03XA01	Danazolo	os	RNR	A							
G03XB	Modulatori del recettore del progesterone										
G03XB01	Mifepristone	os	RRL/OSP	H					SI		
G03XB02	Ulipristal	os	RRL	A	51	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
G03XC	Modulatori selettivi dei recettori estrogenici										
G03XC01	Raloxifene	os	RR	A	79						
G03XC02	Bazedoxifene	os	RR	A	79						
G04	Urologici										
G04B	Urologici										
G04BD	Farmaci per la frequenza urinaria e l'incontinenza										
G04BD02	Flavoxato Cloridrato	os	RR	C							
G04BD04	Oxibutinina Cloridrato	os	RR	A	87						
G04BD07	Tolterodina Tartrato	os	RR	C							
G04BE	Farmaci utilizzati nelle disfunzioni dell'erezione										
G04BE01	Alprostadil	intracaver	RNR	A	75	Scheda Regionale DCA PT generico					
G04BE03	Sildenafil citrato	os	RR/RRL	A	75	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
G04BE08	Tadalafil	os	RRL/RR	A	75	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
G04BE09	Vardenafil cloridrato triidrato	os	RR	A	75	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
G04BE10	Avanafil	os	RR	A	75	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
G04BX	Altri Urologici										
G04BX49	Lidocaina	loc	SOP	C							
G04BX49	Doxazosin Mesilato	os	RR	A							
G04C	Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna										
G04CA01	Alfuzosina cloridrato	os	RR	A							
G04CA02	Tamsulosin Cloridrato	os	RR	A							
G04CA03	Terazosina	os	RR	A							
G04CB	Inibitori della Testosterone 5-alfa Reduttasi										
G04CB01	Finasteride	os	RR	A							
G04CB02	Dutasteride	os	RR	A							
G04CX	Altri Farmaci usati nell'ipertrofia prostatica benigna										
G04CX03	Mepartricina	os	RR	C							
H	PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCLUSI GLI ORMONI SESSUALI										
H01	Ormoni Ipofisari, ipotalamici ed analoghi										
H01A	Ormoni del Lobo Anteriore dell'ipofisi ed analoghi										
H01AA	Acth										
H01AA02	Tetracosactide Esacetato	ev	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
H01AC Somatropina ed Analoghi											
H01AC01	Somatropina	im,sc	RRL	A	39	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H01AC03	Mecasermina	sc	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
H01AC08	Somatrogon	sc	RRL	A	39		PHT				
H01AX Altri ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi e analoghi											
H01AX01	Pegvisomant	sc	RNRL	H			PHT				
H01BA Vasopressina ed analoghi											
H01BA01	Argipressina	ev	OSP	C							
H01BA02	Desmopressina Acetato	os,ev,im	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H01BA04	Terlipressina Acetato Pentaidrato	ev	OSP	H							
H01BB Oxitocina e Analoghi											
H01BB02	Oxitocina	im,ev	OSP	H							
H01BB03	Carbetocina	ev	OSP	C							
H01C Ormoni Ipotalamici											
H01CA Ormoni liberatori delle Gonadotropine											
H01CA01	Gonadorelina	ev,sc	RR	C							
H01CA01	Gonadorelina	nas	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H01CB Ormone Anticrescita											
H01CB01	Somatostatina Acetato	ev	OSP	H							
H01CB02	Octreotide Acetato	sc,im	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
H01CB03	Lanreotide Acetato	im	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H01CB05	Pasireotide	sc	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Orphan drug
H02 Corticosteroidi Sistemici											
H02A Corticosteroidi Sistemici, non associati											
H02AA Mineralcorticoidi											
H02AA02	Fludrocortisone	os									Farmaci esteri
H02AA03	Desossicortone Acetato	im	RR	A							
H02AA03	Desossicortone Enantato	im	RR	A							
H02AB Glicocorticoidi											
H02AB01	Betametazone fosfato disodico	os,ev,im	RR	A							
H02AB02	Desametazone	os,ev,im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone	os,ev,im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone Acetato	im	RR	A							
H02AB04	Metilprednisolone Emisuccinato Sodico	ev,im	RR	A							
H02AB06	Prednisolone emisuccinato sodico	im	RR	C							
H02AB07	Prednisone	os	RR	A							
H02AB08	Triamcinoloneacetoneide	im	RR	A							
H02AB09	Idrocortisone Emisuccinato Sodico	os,im,ev	RRL/RRL	A/H			PHT				Farmaci malattie rare
H02AB10	Cortisone Acetato	os	RR	A							
H02AB13	Deflazacort	os	RR	C							
H02B Corticosteroidi sistemici, associazioni											
H02BX Corticosteroidi sistemici, associazioni											
H02BX01	Metilprednisolone/lidocaina	im	RR	C							
H02C Preparati antisurrenali											
H02CA Anticorticosteroidi											
H02CA02	Oslodrostat	os	RNRL	H							Farmaci malattie rare
H02CA03	Ketoconazolo	os	RNRL	A			PHT				Orphan drug
H03 Terapia Tiroidea											
H03A Preparati Tiroidei											
H03AA Ormoni Tiroidei											
H03AA01	Levotiroxina Sodica	os	RR	A							
H03AA02	Liotironina Sodica	os	RR	A							
H03AA03	Levotiroxina Sodica/Liotironina Sodica	os	RR	C							
H03B Preparati Antitiroidei											
H03BB Derivati Imidazolici contenenti Zolfo											
H03BB02	Tiamazolo	os	RR	A							
H03BB52	Tiamazolo/Dibromotirosina	os	RR	C							
H03BX Altri Preparati Antitiroidei											
H03BX02	Dibromotirosina	os	RR	C							
H03C Terapia iodica											
H03CA	Potassio ioduro	os,ev		gal							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
H04 Ormoni Pancreatici											
H04A Ormoni Glucogenolitici											
H04AA Ormoni Glucogenolitici											
H04AA01	Glucagone	im	RR	A							
H05AA02	Teriparatide	sc	RR	A	79	Scheda Regionale DCA PT generico			SI		Monitoraggio addizionale
H05 Calcio Omeostatici											
H05B Ormoni Ntiperatiroidici											
H05BA Preparati a Base di Calcitonina											
H05BA01	Calcitonina (Sintetica, di Salmone)	im,ev	RR	A	41						
H05BX Altre soatanzeantiparatiroidice											
H05BX01	Cinacalcet	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
H05BX02	Paracalcitolo	ev,os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
H05BX04	Etelcalcetide	ev	RRL	A			PHT				
J ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO											
J01 Antibatterici per uso sistemico											
J01A Tetracicline											
J01AA Tetracicline											
J01AA02	Doxiciclina	os	RR	A							
J01AA08	Minociclina Dicloridrato	os	RR	A							
J01AA12	Tigeciclina	ev	OSP	H							
J01B Amfenicoli											
J01BA Amfenicoli											
J01BA02	Tiamfenicolo Glicinato Cloridrato	im,ev	RR	C							
J01C Antibatterici Beta Lattamici, Penicilline											
J01CA Penicilline ad ampio spettro											
J01CA01	Ampicillina	os,ev,im	RR	C/A							
J01CA04	Amoxicillina Triidrato	os,ev,im	RR/OSP	A/H							
J01CA06	Bacampicillina cloridrato	os	RR	A							
J01CA10	Medocillina Sodica Monoidrata	im	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01CA12	Piperacillina	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01CE Penicilline sensibili alle Beta-Lattamasi											
J01CE01	Benzilpenicillina potassica	im	OSP	H							
J01CE02	Fenosimetilpenicillina	os									Farmaci esteri
J01CE08	Benzilpenicillina Benzatinica	im	RR	A	92		PHT				
J01CF Penicilline resistenti alle Beta-Lattamasi											
J01CF04	Oxacillina sodica	im,ev	RR	A							
J01CF05	Flucloxacillina	os	RR	A							
J01CR Associazioni di Penicilline, incluse gli Inibitori delle Beta-Lattamasi											
J01CR01	Ampicillina/Sulbactam	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01CR02	Amoxicillina Triidrato e sodica/Potassio Clavulanato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01CR05	Piperacillina Sodica/Tazobactam Sodico	ev,im	RR/OSP	A/H	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01D Altri Antibatterici Beta-Lattamici											
J01DB Cefalosporine di I generazione											
J01DB01	Cefalexina	os	RR	A							
J01DB03	Cefalotina	ev,im	RR	A							
J01DB04	Cefazolina Sodica	ev,im	RR	A							
J01DB07	Cefatrizina	im,os	RR	A							
J01DB12	Ceftozolo	im	RR	A							
J01DC Cefalosporine di II generazione											
J01DC02	Cefuroxima	im,ev,intracam	RR/OSP	A/H/C							
J01DC03	Cefamandolo	im	RR	A							
J01DC04	Cefacloro	os	RR	A							
J01DC06	Cefonicid	im	RR	A							
J01DC09	Cefmetazolo	im	RR	A							
J01DD Cefalosporine di III generazione											
J01DD01	Cefotaxima	im,ev	RR	A							
J01DD02	Ceftazidima	im,ev	RR/OSP	A/H	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01DD04	Ceftriaxone Disodico	im,ev	RR/OSP	A/H							
J01DD07	Ceftizoxima Sodica	im,ev	RR/OSP	A/H							
J01DD08	Cefixima	os	RR	A							
J01DD09	Cefodizima	im,ev	OSP	H							
J01DD12	Cefoperazone	im	RR	A							
J01DD13	Cefpodoxima proxetil	os	RR	A							
J01DD16	Cefditoren pivoxil	os	RR	A							
J01DD52	Ceftazidima/avibactam	ev	OSP	H							
J01DE Cefalosporine di IV generazione											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01DE01	Cefepime Dicloridrato Monoidrato	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01DF Monobattami											
J01DF01	Aztreonam	inal	OSP	C	56						
J01DH Carbapenemi											
J01DH	Ertapenem	ev	OSP	H							
J01DH02	Meropenem Triidrato	ev	OSP	H							
J01DH51	Imipenem/Cilastatina	ev,im	RR/OSP	A/H	56						
J01DH52	Meropenem/vaborbactam	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
J01DH56	Imipenem/cilastatina/relebactam	ev	OSP	H				Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale Scheda cartacea AIFA
J01DI Altre cefalosporine e penemi											
J01DI01	Ceftobiprololo	ev	OSP	H							
J01DI02	Ceftaroline fosamil	ev	OSP	H							
J01DI04	Cefiderocol	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
J01DI54	Ceftolozano/tazobactam	ev	OSP	H							
J01E Sulfonamidi e Trimetoprim											
J01EE Associazioni di Sulfonamidi con Trimetoprim, inclusi i derivati											
J01EE01	Sulfametossazolo E Trimetoprim	os,ev	RR	A							
J01F Macrolidi, Lincosamidi e Streptogramine											
J01FA Macrolidi											
J01FA01	Eritromicina	os,ev,im	RR	A							
J01FA02	Spiramicina	os	RR	A							
J01FA03	Midecamicina	os	RR	A							
J01FA06	Roxitromicina	os	RR	A							
J01FA09	Claritromicina	os,ev	RR	A							
J01FA10	Azitromicina	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01FA12	Rokitamicina	os	RR	A							
J01FA14	Fluritromicina	os	RR	A							
J01FA15	Telitromicina	os	RR	A							
J01FF Lincosamidi											
J01FF01	Clindamicina	os,im,ev	RR	A							
J01FF02	Lincomicina Cloridrato	os,im,ev	RR	A							
J01FG Streptogramine											
J01FG02	Dalfopristin/Quinupristin	ev	OSP	H							
J01G Antibatterici Aminoglicosidici											
J01GB Altri Aminoglicosidi											
J01GB01	Tobramicina	im,ev	RR/RNRL	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
J01GB03	Gentamicina	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01GB06	Amikacina Solfato	im,ev	RR/OSP	A/H	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01GB07	Netilmicina	im,ev	RR	A	55	Scheda Regionale DCA PT generico					
J01M Antibatterici Chinolonici											
J01MA Fluorochinoloni											
J01MA02	Ciprofloxacina	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01MA04	Enoxacina	os	RR	A							
J01MA06	Norfloxacina	os	RR	A							Orphan drug
J01MA07	Lomefloxacina Cloridrato	os	RR	A							
J01MA12	Levofloxacina	os,ev	RR/OSP	A/H							Monitoraggio addizionale
J01MA14	Moxifloxacina Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01MA17	Prulifloxacina	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J01MB Altri Chinolonici											
J01MB04	Acido Pipemidico	os	RR	A							
J01MB06	Cinoxacina	os	RR	A							
J01X Altri Antibatterici											
J01XA Antibatterici Glicopeptidici											
J01XA01	Vancomicina Cloridrato	os,ev	RR/OSP	A/H							
J01XA02	Teicoplanina	im,ev	RR	A	56						
J01XA04	Dalbavancina	ev	OSP	H							
J01XA05	Oritavancina	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA
J01XB Polimixine											
J01XB01	Colistimetato Sodico	im,ev,inal	RNR	C							
J01XD Derivati Imidazolici											
J01XD01	Metronidazolo	ev	OSP	H							
J01XE Derivati Nitrofuranici											
J01XE01	Nitrofurantoina	os	RR	C							
J01XX Altri Antibatterici											
J01XX01	Fosfomicina Sale Di Trometamolo	os	RR	A/C							
J01XX01	Fosfomicina sodica	ev	OSP	H							
J01XX08	Linezolid	os,ev	RNRL/OSP	A/H			PHT				DPC
J01XX09	Daptomicina	ev	OSP	H							
J01XX11	Tedizolid fosfato	os,ev	RNRL/OSP	A/H		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				DPC
J01XX27	Triossido d'arsenico	ev	OSP	H							
J02 Antimicotici per uso sistemico											
J02A Antimicotici per uso sistemico											
J02AA Antibiotici											
J02AA01	Amfotericina B Complesso liposomiale	ev	OSP	H							
J02AA01	Amfotericina B complessata con sale biliare desossicolato	ev	OSP	H/C							
J02AA01	Amfotericina B complesso lipidico	ev	OSP	H							
J02AC Derivati Triazolici											
J02AC01	Fluconazolo	os,ev	RR/OSP	A/H/C							
J02AC02	Itraconazolo	os,ev	RR/OSP	A/H							
J02AC03	Voriconazolo	os,ev	RNRL	H/A			PHT				DPC
J02AC04	Posaconazolo	os	RNRL	A			PHT				DPC
J02AC05	Isavuconazolo	os,ev	RNRL/OSP	A/H			PHT				DPC Orphan drug
J02AX Altri Antimicotici per uso sistemico											
J02AX01	Flucitosina	ev	OSP	H							
J02AX04	Caspofungin	ev	OSP	H							
J02AX05	Micalfungin	ev	OSP	H							
J02AX06	Anidulafungin	ev	OSP	H							
J04 Antimicobatterici											
J04A Farmaci per il trattamento della Tubercolosi											
J04AB Antibiotici											
J04AB01	Cicloserina	os									Farmaci esteri
J04AB02	Rifampicina	os,ev	RR	A							
J04AB03	Rifamicina Sodica	im,ev,intratec	RR	C							
J04AB04	Rifabutina	os	RR	A	56						
J04AC Idrasidi											
J04AC01	Isoniazide	os,im,ev	RR	A/C							
J04AK Altri Farmaci per il trattamento della Tubercolosi											
J04AK01	Pirazinamide	os	RR	A							
J04AK02	Etambutolo Cloridrato	os,ev,im	RR	A/C							
J04AK05	Bedaquilina	os	RNRL	H							Orphan drug Monitoraggio addizionale
J04AK06	Delamanid	os	RNRL	H							Orphan drug Monitoraggio addizionale
J04AK08	Pretomanid	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J04AM Associazioni di Farmaci per il trattamento della Tubercolosi											
J04AM	Etambutolo-Isoniazide-Piridossina	os	RR	A							
J04AM02	Rifampicina/Isoniazide	os	RR	A							
J04AM05	Isoniazide/Pirazinamide/Rifampicina	os	RR	A							
J04B Farmaci per il trattamento della lebbra											
J04BA Farmaci per il trattamento della lebbra											
J04BA02	Dapsone	os									Farmaci esteri
J05 Antivirali per Uso Sistemico											
J05A Antivirali ad Azione Diretta											
J05AB Nucleosidi e Nucleotidi, esclusi gli Inibitori della Transcrittasi Inversa											
J05AB01	Aciclovir	os,ev	RR/OSP	A/H	84						
J05AB06	Ganciclovir	ev	OSP	H							
J05AB09	Famciclovir	os	RR	A	84						

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J05AB11	Valaciclovir (cloridrato)	os	RR	C/A	84		PHT		SI		
J05AB12	Cidofovir	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
J05AB14	Valganciclovir (cloridrato)	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
J05AB15	Brivudina	os	RR	A	84						
J05AD Derivati dell'acido Fosfonico											
J05AD01	Foscarnet Sodico	ev	OSP	H					SI		
J05AE Inibitori delle Proteasi											
J05AE01	Saquinavir	os	RNRL	H							
J05AE02	Indinavir	os	RNRL	H							
J05AE03	Ritonavir	os	RNRL	H							
J05AE04	Nelfinavir	os	RNRL	H							
J05AE05	Amprenavir	os	OSP	H							
J05AE07	Fosamprenavir	os	RNRL	H							
J05AE08	Atazanavir	os	RNRL	H							
J05AE09	Tipranavir	os	RNRL	H							
J05AE10	Darunavir	os	RNRL	H							
J05AE11	Telaprevir	os	RNRL	A							
J05AE12	Boceprevir	os	RNRL	A							
J05AE14	Simeprevir	os	RNRL	A							
J05AF Nucleosidi e nucleotidi inibitori della Transcriptasi Inversa											
J05AF01	Zidovudina	os, ev	RNRL	A/H							
J05AF02	Didanosina	os	RNRL	H							
J05AF03	Zalcitabina	os	RRL	A							
J05AF04	Stavudina	os	RNRL	H							
J05AF05	Lamivudina	os	RR/RNRL	A/H		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
J05AF06	Abacavir Solfato	os	RNRL	H							
J05AF07	Tenofovir Disoproxil	os	RNRL	H							
J05AF08	Adefovir Dipivoxil	os	RNRL	A			PHT				
J05AF09	Emtricitabina	os	RNRL	H							
J05AF10	Entecavir	os	RNRL	A			PHT				
J05AF11	Telbivudina	os	RNRL	A			PHT				
J05AF13	Tenofovir alafenamide fumarato	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
J05AG Non-Nucleosidi inibitori della Transcriptasi Inversa											
J05AG01	Nevirapina	os	RNRL	H							
J05AG03	Efavirenz	os	RNRL	H							
J05AG04	Etravirina	os	RNRL	H							
J05AG05	Rilpivirina	os/*ev	RNRL	H							*Monitoraggio addizionale
J05AG06	Doravirina	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AJ Inibitori dell'integrasa											
J05AJ01	Raltegravir	os	RNRL	H							
J05AJ03	Dolutegravir	os	RNRL	H							
J05AJ04	Cabotegravir	os, ev	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AP Antivirali Per il Trattamento Di Infezioni Da HCV											
J05AP01	Ribavirina	os, inal	RNRL	A					SI		
J05AP09	Dasabuvir	os	RNRL	A							
J05AP53	Ombitasvir/Paritaprevir/ Ritonavir	os	RNRL	A							
J05AP54	Elbasvir/Grazoprevir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP55	Sofosbuvir/Velpatasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP56	Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				
J05AP57	Glecaprevir/Pibrentasvir	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena			
J05AR Antivirali per il trattamento delle infezioni da HIV, associazioni											
J05AR01	Lamivudina/Zidovudina	os	RNRL	H							
J05AR02	Abacavir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AR04	Abacavir/Lamivudina/Zidovudina	os	RNRL	H							
J05AR06	Emtricitabina/Efavirenz/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR08	Emtricitabina/Rilpivirina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR09	Cobicistat/Elvitegravir/Emtricitabina/tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							
J05AR10	Lopinavir/Ritonavir	os	RNRL	H							
J05AR13	Abacavir/Dolutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AR14	Cobicistat/Darunavir	os	RNRL	H							
J05AR15	Atazanavir/Cobicistat	os	RNRL	H							
J05AR17	Emtricitabina/tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR18	Cobicistat/emtricitabina/Elvitegravir/tenofovir alafenamide	ev	RNRL	H							
J05AR19	Rilpivirina/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
J05AR20	Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR21	Dolutegravir/Rilpivirina	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR22	Cobicistat/Darunavir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamide	os	RNRL	H							
J05AR24	Doravirina/Lamivudina/Tenofovir disoproxil	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AR25	Dolutegravir/Lamivudina	os	RNRL	H							
J05AX	Altri Antivirali										
J05AX07	Enfuvirtide	sc	RNRL	H							
J05AX09	Maraviroc	os	RNRL	H							
J05AX14	Daclatasvir	os	RNRL	A							
J05AX15	Sofosbuvir	os	RNRL	C							
J05AX18	Letermovir	os,ev	RRL/OSP	A/H		Registro web-based AIFA	PHT				Orphan drug
J05AX28	Bulevirtide	sc	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale Farmaci malattie rare
J05AX29	Fostemsavir	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J05AX49	Neuramide	os	RR	C							
J05AX65	Ledipasvir/Sofosbuvir	os	RNRL	C							
J06	Sieri Immuni ed Immunoglobuline										
J06A	Sieri Immuni										
J06AA	Sieri Immuni										
J06AA03	Sierimmune Contro Il Veneno Di Vipere Europee	im	RR	C							
J06AA04	Sierimmune Botulinico	im,sc									Farmaci esteri
J06AA05	Sierimmune Polivalente Contro La Gangrena Gassosa	im	OSP	H							
J06BA	Immunoglobuline, Umane Normali										
J06BA01	Immunoglobulina Umana normale per somministr. Extravascolare	ev/sc	OSP/RNRL	H							Monitoraggio addizionale
J06BA02	Immunoglobulina Umana normale per somministr. Intravascolare	ev	OSP	H							Farmaci malattie rare
J06BA02	Immunoglobulina Umana Disaggregata	ev	OSP	H							
J06BB	Immunoglobuline Specifiche										
J06BB01	Immunoglobulina Umana Rho	ev,im	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
J06BB02	Immunoglobulina Umana Antitetanica	im	RR	A							
J06BB03	Immunoglobulina Umana Antivaricella	ev	OSP	H							
J06BB04	Immunoglobulina Umana Anti epatite B	ev, im	OSP/RR	H/A							
J06BB09	Immunoglobulina Umana Citomegalovirus	ev	OSP	H							
J06BC	Anticorpi monoclonali antibatterici										
J06BC03	Bezlotoxumab	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA
J06BD	Anticorpi monoclonali antivirali										
J06BD01	Palivizumab	im	RRL	A					SI		
J07	Vaccini										
J07A	Vaccini Batterici										
J07AE	Vaccini Colerici										
J07AG	Vaccini Dell'hemophilusInfluenzae Tipo B										
J07AH	Vaccini Meningococcici										
J07AJ	Vaccini Pertossici										
J07AL	Vaccini Pneumococcici										
J07AM	Vaccini Tetanici										
J07AN	Vaccini della Tubercolosi										
J07AP	Vaccini Tifoidei										
J07AX	Altri Vaccini Batterici										
J07B	Vaccini Virali										
J07BA	Vaccini dell'Encefalite										
J07BB	Vaccini Influenzali										
J07BC	Vaccini Epatitici										
J07BD	Vaccini Morbillosi										
J07BF	Vaccini Poliomeitici										
J07BG	Vaccini Rabici										
J07BH	Vaccini della diarrea da Rotavirus										
J07BJ	Vaccini Antrosolia										
J07BK	Vaccini Varicellosi										
J07BL	Vaccini della Febbre Gialla										
J07BM	Vaccini contro il Papillomavirus										
J07C	Vaccini Batterici e Virali In Associazione										
J07CA	Vaccini Batterici e Virali In Associazione										
L	FARMACI ANTINEOPLASTICI E IMMUNOMODULATORI										
L01	Antineoplastici										
L01A	Sostanze Alchilanti										
L01AA	Analoghi della Mostarda Azotata										
L01AA01	Ciclofosamide	os,ev	RNR/OSP	A/H							
L01AA02	Clorambucile	os	RNR	A							
L01AA03	Melfalan	os,ev	RNR/OSP	A/H							
L01AA05	Clometina	cut, ev	RRL	H							Farmaci esteri
L01AA06	Ifosfamide	ev	OSP	H							
L01AA09	Bendamustina cloridrato	ev	RNRL/OSP	H					SI		
L01AB	Alchilsulfonati										
L01AB01	Busulfano	os,ev	RNR/OSP	A/H							
L01AC	Etilenimine										
L01AC01	Tiotepa	ev	OSP	H							
L01AD	Nitrosouree										
L01AD01	Carmustina	intrales	OSP	H							
L01AD04	Streptozocina	ev									Farmaci esteri
L01AD05	Fotemustina	ev	OSP	H							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01AX Altre Sostanze Alchilanti											
L01AX02	Pipobromano	os	RNR	A							
L01AX03	Temozolomide	os	RNRL	A			PHT				
L01AX04	Dacarbazina	ev	OSP	H							
L01B Antimetaboliti											
L01BA Analoghi dell'acido Folico											
L01BA01	Metotrexato	os,im,ev	RNR/OSP	A/H					SI		
L01BA03	Raltitrexed	ev	OSP	H							
L01BA04	Pemetrexed	ev	OSP	H							
L01BB Analoghi della Purina											
L01BB02	Mercaptopurina	os	RNR/RNRL	A			PHT				Farmaci malattie rare
L01BB03	Tioguanina	os	RNR	A							Monitoraggio addizionale
L01BB04	Cladribina	ev	OSP	C							Farmaci malattie rare
L01BB05	Fludarabina Fosfato	ev,os	RNRL	A			PHT				
L01BB06	Clofarabina	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
L01BB07	Nelarabina	ev	OSP	H							Monitoraggio addizionale
L01BC Analoghi della Pirimidina											
L01BC01	Citarabina	ev	OSP	H							
L01BC02	Fluorouracile	ev	OSP	H					SI		
L01BC05	Gemcitabina Cloridrato	ev	OSP	H							
L01BC06	Capecitabina	os	RNRL	A			PHT				
L01BC07	Azacitidina	ev,im	OSP	H							
L01BC08	Decitabina	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01BC52	Fluorouracile/Acido Salicilico	cut	RRL	A	95	Scheda Regionale DCA Nota 95					
L01BC53	Tegafur/gimeracil/oteracil	os	RNRL	A			PHT				
L01BC59	Trifluridina/tipiracil	os	RNRL	A			PHT				
L01C Alcaloidi derivati da piante ed altri prodotti naturali											
L01CA Alcaloidi della Vinca ed analoghi											
L01CA01	Vinblastina Solfato	ev	OSP	H					SI		
L01CA02	Vincristina Solfato	ev	OSP	H							
L01CA03	Vindesina Solfato	ev	OSP	H							
L01CA04	Vinorelbina Bitartrato	ev,os	OSP/RNRL	H/A			PHT				
L01CA05	Vinflunina	ev	OSP	H							
L01CB Derivati della Podofilotossina											
L01CB01	Etoposide	os,ev	OSP/RNR	H/A							
L01CD Taxani											
L01CD01	Paclitaxel	ev	OSP	H					SI		
L01CD02	Docetaxel Anidro	ev	OSP	H							
L01CD04	Cabazitaxel	ev	OSP	H							
L01CE Inibitori della topoisomerasi (TOP1)											
L01CE01	Topotecan Cloridrato	ev/os	OSP/RNRL	H/A							
L01CE02	Irinotecan Cloridrato Triidrato	ev	OSP	H					SI		
L01CX Altri alcaloidi derivati da piante e altri prodotti naturali											
L01CX01	Trabectedina	ev	OSP	H							
L01D Antibiotici Citotossici e Sostanze Correlate											
L01DA Actinomicine											
L01DA01	Dactinomicina	ev	OSP	H							
L01DB Antracicline e Sostanze Correlate											
L01DB	Doxorubicina Cloridrato in Liposomi Peglati e non	ev	OSP	H							
L01DB01	Doxorubicina Cloridrato	ev	OSP	H							
L01DB02	Daunorubicina	ev	OSP	H							
L01DB03	Epirubicina Cloridrato	ev	OSP	H							
L01DB06	Idarubicina	os,ev	RNR/OSP	A/H							
L01DB07	Mitoxantrone Cloridrato	ev	OSP	H							
L01DB11	Pixantrone Dimalteato	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01DC Altri Antibiotici Citotossici											
L01DC01	Bleomicina Solfato	ev	OSP	H					SI		
L01DC03	Mitomicina	ev	OSP	H					SI		
L01E INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI											
L01EA INIBITORI DELLA TIROSINA CHINASI BCR-ABL											
L01EA01	Imatinib	os	RNRL	A			PHT		SI	DPC	Monitoraggio addizionale
L01EA02	Dasatinib	os	RNRL	H							
L01EA03	Nilotinib	os	RNRL	H							
L01EA04	Bosutinib	os	RNRL	H							
L01EA05	Ponatinib	os	RNRL	H							Orphan drug Farmaci malattie rare

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01EB INIB. TIROSINA CHINASI RECETTORE FATT.DI CRESCITA EPID(EGFR)											
L01EB04	Osimertinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01EC INIBITORI DELLA SERINA-TREONINA CHINASI B-RAF (BRAF)											
L01EC01	Vemurafenib	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		
L01EC02	Dabrafenib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EC03	Encorafenib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
L01ED INIBITORI DELLA CHINASI DEL LINFOMA ANAPLASTICO (ALK)											
L01ED01	Crizotinib	os	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		Farmaci malattie rare
L01ED03	Alectinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01ED05	Lorlatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EE INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI MITOGENO-ATTIVATA (MEK)											
L01EE01	Trametinib	os	RNRL	H							
L01EF INIBITORI DELLA CHINASI CICLINA-DIPENDENTE (CDK)											
L01EF01	Palbociclib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EF02	Ribociclib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01EH INIBITORI TIROSINA CHINASI RECETTORE 2 FATTORE CRESCITA EPIDERMICO (HER2)											
L01EH01	Lapatinib	os	RNRL	H							
L01EH03	Tucatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Monitoraggio addizionale
L01EJ INIBITORI DELLA CHINASI JANUS-ASSOCIATA (JAK)											
L01EJ02	Fedratinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EL INIBITORI DELLA TIROSINA CHINASI DI BRUTON (BTK)											
L01EL02	Acalabrutinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EL03	Zanubrutinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EM INIBITORI DELLA FOSFATIDILINOSITOL-3-CHINASI (PI3K)											
L01EM03	Alpelisib	os	RNL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EN INIBITORI TIROSINA CHINASI FATTORE DI CRESCITA FIBROBLASTI											
L01EN02	Pemigatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EX ALTRI INIBITORI DELLA PROTEINA CHINASI											
L01EX05	Regorafenib	os	RNRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Farmaci malattie rare
L01EX07	Cabozantinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EX08	Lenvatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare
L01EX09	Nintedanib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EX12	Larotrectinib solfato	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EX13	Gilteritinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug Monitoraggio addizionale
L01EX14	Entrectinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EX21	Tepotinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01EX22	Selpercatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01EX23	Pralsetinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01F ANTICORPI MONOCLONALI E CONIUGATI ANTICORPO-FARMACO											
L01FA INIBITORI DI CD20 (CLUSTERS DI DIFFERENZIAMENTO 20)											
L01FA01	Rituximab/Rituximab biosimilare	ev,sc	OSP	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L01FC INIBITORI DI CD38 (CLUSTERS DI DIFFERENZIAMENTO 38)											
L01FC01	Daratumumab	ev, sc	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Farmaci malattie rare
L01FD INIBITORI DI HER2 (RECETT.2 FATTORE DI CRESCITA EPID. UMANO)											
L01FD02	Pertuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FF INIBITORI DI PD-1/PDL-1 (PROT. MORTE CELLULARE PROG.1/LIG1)											
L01FF01	Nivolumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01FF02	Pembrolizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			
L01FF04	Avelumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01FF05	Atezolizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FF06	Cemiplimab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FF07	Dostarlimab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FG INIBITORI DI VEGF/VEGFR (FATTORE DI CRESCITA ANGIOGENICO)											
L01FG01	Bevacizumab	ev	OSP	H	98	Scheda multifarmaco semplificata anti-vegf			SI		Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L01FX ALTRI ANTICORPI MONOCLONALI E CONIUGATI ANTICORPO-FARMACO											
L01FX04	Ipilimumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			
L01FX05	Brentuximab vedotin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Orphan drug Monitoraggio addizionale
L01FX08	Elotuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01FX09	Mogamulizumab	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug Monitoraggio addizionale
L01FX12	Tafasitamab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01FX14	Polatuzumab vedotin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FX15	Belantamab Mafodotin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01FX17	Sacituzumab govitecan	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01FX18	Amivantamab	os	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XA Composti del Platino											
L01XA01	Cisplatino	ev	OSP	H							
L01XA02	Carboplatino	ev	OSP	H							
L01XA03	Oxaliplatino	ev	OSP	H					SI		
L01XB Metilidrazine											
L01XB01	Procarbazine Cloridrato	os	RNR	A			PHT			DPC	
L01XC Anticorpi Monoclonali											
L01XC03	Trastuzumab/Trastuzumab biosimilare	ev,sc	OSP/RNRL	H							Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L01XC05	Gemtuzumab/Ozogamicin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug Monitoraggio addizionale
L01XC06	Cetuximab	ev	OSP	H					SI		
L01XC08	Panitumumab	ev	OSP	H							
L01XC09	Catumaxomab	ip	OSP	H							
L01XC14	Trastuzumab Emtansine	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			
L01XC15	Obinutuzumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01XC16	Dinutuximab beta	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA			SI		Orphan drug Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L01XC19	Blinatumomab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XC21	Ramucirumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XC26	Inotuzumab Ozogamicin	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
L01XC27	Olaratumab	ev	OSP	H							
L01XC28	Durvalumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XC38	Isatuximab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XD Sensibilizzanti usati nella terapia fotodinamica											
L01XD01	Porfimer	ev	OSP								
L01XD03	Metilaminolevulinato	loc	USPL	H							
L01XD04	Acido idrocloro 5-aminolevulinico	os, td	OSP/USPL	C/H							
L01XD05	Temoporfin	ev	OSP	H							
L01XE Inibitori della protein chinasi											
L01XE02	Gefitinib	os	RNRL	H							
L01XE03	Erlotinib cloridrato	os	RNRL	H							
L01XE04	Sunitinib maleato	os	RNRL	H					SI		
L01XE05	Sorafenib	os	RNRL	H							Orphan drug
L01XE09	Temsirolimus	ev	OSP	H							
L01XE11	Pazopanib	os	RNRL	H							
L01XE12	Vandetanib	os	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XE13	Afatini	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE17	Axitinib	os	RNRL	H							
L01XE18	Ruxolitinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE27	Ibrutinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare
L01XE28	Ceritinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE38	Cobimetinib	os	RNRL	H							
L01XE39	Midostaurina	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XE41	Binimetinib	os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
L01XE43	Brigatinib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XE50	Abemaciclib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XK INIBITORI DELLA POLI (ADP-RIBOSE) POLIMERASI (PARP)											
L01XK01	Olaparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena/condizionata			
L01XK02	Niraparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			
L01XK04	Rucaparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XL Terapia cellulare e genica antineoplastica											
L01XL06	Brexucabtagene autoleucel	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Monitoraggio addizionale
L01XJ INIBITORI DELLA VIA DI HEDGEHOG											
L01XJ02	Sonidegib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XJ03	Glasdegib maleato	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XX Altri Antineoplastici											
L01XX02	Crisantaspi	ev							SI		Farmaci esteri

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L01XX05	Idrossiurea	os	RNRL	C							Farmaci malattiarare
L01XX08	Pentostatina	ev	OSP	H							
L01XX11	Estramustina Fosfato Sodico	os	RNR	A							
L01XX14	Tretinoina	os	RNR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
L01XX23	Mitotane	os	RNRL	A			PHT				Farmaci malattiarare
L01XX24	Peg-asparaginasi	ev	OSP	H							
L01XX25	Bexarotene	os	RNRL	A							
L01XX27	Arsenico triossido	ev	OSP	H							
L01XX32	Bortezomib	ev	OSP	H							
L01XX35	Anagrelide cloridrato	os	RNRL	A			PHT		SI		
L01XX41	Eribulina mesilato	ev	RNRL/OSP	H							
L01XX43	Vismodegib	os	OSP	H							
L01XX44	Aflibercept	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L01XX45	Carfilzomib	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L01XX47	Idelalisib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					
L01XX50	Ixazomib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XX52	Venetoclax	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA			SI		Farmaci malattiarare Monitoraggio addizionale
L01XX60	Talazoparib	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XX67	Tagraxofusp	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L01XX70	Axicabtagene ciloleucl	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XX71	Tisagenlecleucl	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug Monitoraggio addizionale
L01XY	Associazioni antineoplastiche										
L01XY01	Citarabina e Daunorubicina	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphandrug
L01XY02	Pertuzumab e trastuzumab	sc	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L02	Terapia endocrina										
L02A	Ormoni e Sostanze Correlate										
L02AB	Progestinici										
L02AB01	Megestrol Acetato	os	RNR	A	28						
L02AB02	Medrospanterone (Acetato)	os,im	RNR	A	28						
L02AE	Analoghi dell'ormone liberatore delle Gonadotropine										
L02AE01	Buserelina (acetato)	sc	RR	A	51	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L02AE02	Leuprorelina (acetato)	im,sc	RR/RNR	A	51	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
L02AE03	Goserelin Acetato	sc	RR	A	51	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
L02AE04	Triptorelina	sc,im	RR	A	51	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT		SI	DPC	
L02B	Antagonisti Ormonali e Sostanze Correlate										
L02BA	Antiestrogeni										
L02BA01	Tamoxifene	os	RR	A					SI		
L02BA02	Toremifene	os	RR	A							
L02BA03	Fulvestrant	im	RNRL	H							
L02BB	Antiandrogeni										
L02BB01	Flutamide	os	RR	A			PHT				
L02BB03	Bicalutamide	os	RR	A			PHT		SI		
L02BB04	Enzalutamide	os	RNRL	H							
L02BB05	Apalutamide	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L02BB06	Darolutamide	Os	RNRL	H							Monitoraggio addizionale
L02BG	Inibitori Enzimatici										
L02BG03	Anastrozolo	os	RR	A							
L02BG04	Letrozolo	os	RR	A							
L02BG06	Exemestane	os	RR	A							
L02BX	Altri antagonisti ormonali e sostanze correlate										
L02BX02	Degarelix	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L02BX03	Abiraterone acetato	os	RNRL	H							
L03	Immunostimolanti										
L03	Frazione cellulare arricchita di cellule autologhe CD34+	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L03A	Citochine ed immunomodulatori										
L03AA	Fattori di Stimolazione delle colonie										
L03AA02	Filgrastim originator	ev,sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L03AA02	Filgrastim biosimilare	ev,im,sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L03AA10	Lenograstim	ev,sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L03AA13	Pegfilgrastim	sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
L03AA14	Lipegfilgrastim	sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L03AB	Interferoni										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L03AB01	Interferone Alfa Naturale	im,sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico					
L03AB03	Interferone Gamma 1b	sc	OSP	H							
L03AB04	Interferone Alfa 2a	im,sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico					Farmaci malattie rare
L03AB05	Interferone Alfa 2b	im,sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico					Farmaci malattie rare
L03AB07	Interferone Beta 1a	im	RR	A	65		PHT				
L03AB08	Interferone Beta 1b	im	RR	A	65		PHT				
L03AB10	Interferone Alfa 2b Pegilato	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico					
L03AB11	Interferone Alfa-2A Pegilato	sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Farmaci malattie rare
L03AB13	Peg-interferone Beta 1A	sc	RR	A	65	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA	PHT				
L03AB15	Ropeginterferone alfa-2b	sc	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L03AC Interleuchine											
L03AC01	Aldesleuchina	ev	OSP	H							
L03AX Altre Citochine ed Immunomodulatori											
L03AX03	Bcg-Bacillo Di Calmette E Guerin	vesc	OSP	H							
L03AX04	Pegademase	ev									Farmaci esteri
L03AX11	Tasonermina	ev	OSP	H							
L03AX13	Glatiramer	sc	RR	A	65	Scheda di Prescrizione cartacea AIFA					
L03AX14	Istamina diidroridato	sc									Farmaci esteri Monitoraggio addizionale
L03AX15	Mifamurtide	ev	OSP	H							
L03AX16	Plerixafor	os,sc	OSP	H							
L04 Sostanze ad azione immunosoppressiva											
L04A Sostanze ad azione immunosoppressiva											
L04AA Sostanze ad azione immunosoppressiva selettiva											
L04AA03	Immunoglobulina antinfocitaria (equina)	ev							SI		Farmaci esteri Monitoraggio addizionale
L04AA06	Acido micofenolico	os	RNRL	A			PHT			DPC	
L04AA06	Acido micofenolico sale di mofetile	os	RNRL	A							
L04AA06	Micofenolato sodico	os	RNRL	A							
L04AA10	Sirolimus	os	RNR	A		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici	PHT			DPC	Farmaci malattie rare (per paz affetti da linfangioleiomiomatosi sporadica con malattia polmonare)
L04AA13	Leflunomide	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
L04AA18	Everolimus	os	RNR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	Orphan drug
L04AA23	Natalizumab	ev	OSP	H							
L04AA24	Abatacept	ev,sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Orphan drug
L04AA25	Eculizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA-Legge 648/96		Innovatività piena/condizionata	SI		Farmaci malattie rare (per MGJ in pazienti positivi agli anticorpi anti AChR)
L04AA26	Belimumab	ev,sc	OSP/RRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L04AA27	Fingolimod	os	RRL	A		Scheda di prescrizione cartacea AIFA	PHT				
L04AA28	Belatacept	ev	OSP	C							
L04AA29	Tofacitinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AA31	Teriflunomide	os	RRL	A	65	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
L04AA32	Apremilast	os	RRL	A		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AA33	Vedolizumab	ev	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AA34	Alemtuzumab	ev	OSP	H							Scheda cartacea AIFA Monitoraggio addizionale
L04AA36	Ocrelizumab	ev	OSP	H							
L04AA37	Baricitinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		
L04AA38	Ozanimod	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
L04AA40	Cladribina	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Farmaci malattie rare
L04AA42	Siponimod	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
L04AA43	Ravulizumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L04AA44	Upadacitinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AA45	Filgotinib	os	RNRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AA50	Ponesimod	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
L04AA51	Anifrolumab	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					
L04AA52	Ofatumumab	sc	RRL	H							Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
L04AA54	Pegcetacoplan	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L04AB Inibitori del fattore necrosi tumorale alfa (TFN-alfa)											
L04AB01	Etanercept/Etanercept biosimilare	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AB02	Infliximab*/Infliximab biosimilare	ev, sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L04AB05	Certolizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AB06	Golimumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AB04	Adalimumab/Adalimumab biosimilare	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AC Inibitori delle interleuchine											
L04AC02	Basiliximab	ev	OSP	H							
L04AC03	Anakinra	ev	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		Scheda cartacea AIFA (per la febbre mediterranea familiare e per la malattia di Still)
L04AC05	Ustekinumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC07	Tocilizumab	ev,sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici		Innovatività condizionata	SI		
L04AC08	Canakinumab	sc	RRL	H		Scheda di Prescrizione cartacea AIFA					Scheda cartacea AIFA (per la febbre mediterranea familiare)
L04AC10	Secukinumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Scheda cartacea AIFA (per i medicinali per la psoriasi a placche) Orphan drug Monitoraggio addizionale
L04AC11	Siltuximab	ev	OSP	H							
L04AC12	Brodalumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC13	Ixekizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC14	Sarilumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici			SI		
L04AC16	Guselkumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AC17	Tildrakizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AC18	Risankizumab	ev	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					Monitoraggio addizionale
L04AC19	Satralizumab	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
L04AC21	Bimekizumab	sc	RRL	H		Scheda Regionale di Prescrizione dei Farmaci Biologici					
L04AD Inibitori della calcineurina											
L04AD01	Ciclosporina	os, ev	RNR	A							
L04AD02	Tacrolimus	os, ev	RNR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
L04AX Altre sostanze ad azione immunosoppressiva											
L04AX01	Azatioprina	os	RNR	A							
L04AX02	Talidomide	os	RR	H		Registro web-based AIFA					F. sottoposti a programma di prevenzione della gravidanza (PPP)
L04AX04	Lenalidomide	os	RR/RNRL/OSP	H		Registro web-based AIFA					Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L04AX05	Pirfenidone	os	RR/RNRL	H		Scheda Regionale DCA PT generico					
L04AX06	Pomalidomide	os	RNRL/OSP	H		Registro web-based AIFA- Legge 648/96			SI		Orphan drug Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
L04AX07	Dimetilfumarato	os	RR/RRL	A	65	Scheda di prescrizione cartacea AIFA	PHT				
M SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO											
M01 Farmaci Antinfiammatori ed Antireumatici											
M01A Farmaci Antinfiammatori/ Antireumatici. Non Steroidei											
M01AB Derivati dell'acido Acetico e sostanze correlate											
M01AB01	Indometacina	os, ev, im, loc	RR	A/C	66				SI		
M01AB05	Diclofenac	os, loc, im	RR	A/C	66				SI		
M01AB14	Progylmetacina	os	RR	A	66						
M01AB15	Ketorolac	os, im, ev	RNR	C							
M01AB51	Indometacina/Caffeina/Proclorperazina	os, ret	RR	C							
M01AB55	Diclofenac Sodico/Misoprostolo	os	RR	A	66						
M01AC Oxicam-Derivati											
M01AC01	Piroxicam	os, im	RR	A	66						
M01AE Derivati dell'acido Propionico											
M01AE01	Ibuprofene	os	OTC/RR	C/A	66						
M01AE02	Naprossene	os	RR	A/C	66						
M01AE03	Ketoprofene	ev, os	RR	A	66						
M01AE09	Flurbiprofene	os	RR	A	66						
M01AE12	Oxaprozina	os	RR	A	66						

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
M01AE53	Ketoprofene/Sucralfato	os	OTC	C							
M01AX	Altri Farmaci Antinfiammatori/Antireumatici, Non Steroidei										
M01AX17	Nimesulide	os	RR	A	66						
M01CC	Penicillamina e Sostanze Analoghe										
M01CC01	Penicillamina	os	RR	A							Farmaci malattie rare
M02	Farmaci per uso topico per dolori articolari e muscolari										
M02A	Farmaci per uso topico per dolori articolari e muscolari										
M02AA	Antinfiammatori Non Steroidei per uso Topico										
M02AA05	Benzidamina	loc	SOP	C							
M02AA06	Etofenamato	loc	SOP	C							
M02AA07	Piroxicam	loc	SOP	C							
M02AA12	Naproxene	loc	RR	C							
M02AA15	Diclofenac	loc	RR	C							
M02AC	Preparati a base di derivati dell'acido Salicilico										
M02AC	Dietilamina Salicilato/Eparina Sodica	loc	OTC	C							
M02AC	Dietilamina Salicilato/Metile Nicotinato	loc	OTC	C							
M03	Miorilassanti										
M03A	Miorilassanti ad azione periferica										
M03AB	Derivati Della Colina										
M03AB01	Suxametonio Cloruro	ev	OSP	H							
M03AC	Altri Composti Ammonici Quaternari										
M03AC01	Pancuronio Bromuro	ev	OSP	H							
M03AC03	Vecuronio Bromuro	ev	OSP	H							
M03AC04	Atracurio Besilato	ev	OSP	H							
M03AC09	Rocuronio Bromuro	ev	OSP	H							
M03AC10	Mivacurio Cloruro	ev	OSP	H							
M03AC11	Cisatracurio Besilato	ev	OSP	C							
M03AX	Altri Miorilassanti ad azione periferica										
M03AX01	Tossina botulinica A 150 KDa (100 UI)	im	OSP	H					SI		Monitoraggio addizionale
M03AX01	Tossina botulinica B	im	OSP	H							
M03B	Miorilassanti ad azione centrale										
M03BX	Altri Miorilassanti ad azione centrale										
M03BX01	Baclofene	os,intratec	OSP	H							
M03BX02	Tizanidina	os	RR	C							
M03C	Miorilassanti ad azione diretta										
M03CA	Dantrolene e derivati										
M03CA01	Dantrolene Sodico	os,ev	RR/OSP	A/C							
M04	Antigottosi										
M04A	Antigottosi										
M04AA	Preparati inibenti la formazione di Acido Urico										
M04AA01	Allopurinolo	os	RR	A							
M04AA04	Febuxostat	os	RR	A	91						
M04AC	Preparati senza effetto sul metabolismo dell'Acido Urico										
M04AC01	Colchicina	os	RR	A							
M05	Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa										
M05B	Farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossee										
M05BA	Bifosfonati										
M05BA02	Acido Clodronico Sale Disodico	im	RR	A/C	42						
M05BA03	Acido Pamidronico Sale Disodico	ev	RNRL	H							
M05BA04	Acido Alendronico Sale Sodico	os	RR	A	79						
M05BA06	Acido Ibandronico	os,ev	RNRL	A	79					PHT	
M05BA07	Acido Risedronico	os	RR	A	79						
M05BA08	Acido Zolendronico Monoidrato	ev	RNRL/OSP	H							
M05BA09	Sodio neridronato	ev	RNRL	H							
M05BB	Bifosfonati, associazioni										
M05BB03	Acido Alendronico (aledronato sodico triidrato e colecalciferolo)	os	RR	A	79						
M05BX	Altri farmaci che agiscono sulla struttura e mineralizzazione ossea										
M05BX03	Ranelato di stronzio	os	RR	A	79						
M05BX04	Denosumab	sc	RRL	A	79	PT web-based AIFA	PHT				DPC
M05BX05	Burosumab	sc	RNL	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
M05BX06	Romosozumab	sc	RRL	A	79	PT web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
M05BX07	Vosoritide	sc	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
M09	Altri Farmaci per le Afezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico										
M09A	Altri Farmaci per le Afezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico										
M09AB	Enzimi										
M09AB02	Collagenasi di clostridium histolyticum	intrales	OSP	H							
M09AX	Altri Farmaci per le afezioni del Sistema Muscolo-Scheletrico										
M09AX01	Acido Ialuronico Sale Sodico Fraz.Hyalectin	im	RR	C							
M09AX03	Ataluron	os	RNRI	H							Orphan drug

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
											Monitoraggio addizionale
M09AX07	Nusinersen	intrat	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug
M09AX09	Onasemnogene Apeparvovec	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug
M09AX10	Risdiplam	os	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
N SISTEMA NERVOSO											
N01 Anestetici											
N01A Anestetici Generali											
N01AB Idrocarburi Alogenati											
N01AB06	Isoflurano	inal	OSP	H							
N01AB07	Desflurano	inal	OSP	H							
N01AB08	Sevoflurane	inal	OSP	H							
N01AF Barbituri, Non Associati											
N01AF03	Tiopental Sodico	ev	OSP	H							
N01AH Anestetici Opioidi											
N01AH01	Fentanil Citrato	ev,loc,os	OSP	H/A							
N01AH02	Alfentanil Cloridrato	ev	OSP	C							
N01AH03	Sufentanil Citrato	ev,epidurale	OSP	C							
N01AH06	Remifentanil Cloridrato	ev	RMR	C							
N01AH51	Fentanil/Droperidolo	im,ev	OSP	H							
N01AX Altri Anestetici Generali											
N01AX01	Droperidolo	im,ev	OSP	H							
N01AX03	Ketamina	ev	OSP	H							
N01AX10	Propofol	ev	OSP	H							
N01B Anestetici Locali											
N01BB Amidi											
N01BB01	Bupivacaina Cloridrato	im,epidurale	RNR	C							
N01BB02	Lidocaina	loc,im	RNR	C							
N01BB03	Mepivacaina Cloridrato	loc,im	RNR/USPL	C							
N01BB04	Prilocaina cloridrato	im	RRL/OSP	C							
N01BB09	Ropivacaina Cloridrato Monoidrato	loc,epidurale	RR	C							
N01BB10	Levobupivacaina	loc	OSP	C							
N01BB20	Lidocaina/prilocaina	loc	RR	C							
N01BB51	Bupivacaina/Adrenalina	loc	RNR	C							
N01BB52	Lidocaina/tetracaina	loc	RR	C							
N01BB53	Mepivacaina/Adrenalina	loc	RNR	C							
N01B Altri anestetici locali											
N01BX04	Capsaicina	loc, transder	RRL/OSP	H							
N02 Analgesici											
N02A Opioidi											
N02AA Alcaloidi Naturali dell'oppio											
N02AA01	Morfina	os,im,ev	RMR/RNR	A							
N02AA03	Idromorfone cloridrato	os	RNR	A							
N02AA05	Oxicodeone cloridrato	os,im,ev	RNR/RMR	A							
N02AA55	Oxicodeone/Naloxone	os	RNR	A							
N02AA99	Oxicodeone cloridrato/Paracetamolo	os	RNR	A							
N02AB Derivati della Fenilpiperidina											
N02AB02	Petidina	ev,im	RMR	C							
N02AB03	Fentanil	os,td,inal	RNR	A							
N02AD Derivati del Benzomorano											
N02AD01	Pentazocina Lattato	ev,im,sc	RNR	A							
N02AE Derivati dell'oripavina											
N02AE01	Buprenorfina (Cloridrato)	os,im,ev,td	RMR	A/H							Monitoraggio addizionale
N02AG Opioidi in Associazione con Antispastici											
N02AG01	Morfina Ed Antispastici	im	RMR	A							
N02AJ Opioidi in associazione con analgesici non oppioidi											
N02AJ06	Paracetamolo/Codaina Fosfato	os,ret	RNR/RR	C/A							
N02AX Altri Opioidi											
N02AX02	Tramadol Cloridrato	os,im,ev	RNR	C/A							
N02AX06	Tapentadol	os	RNR	A							
N02AX52	Tramadol/Paracetamolo	os	RNR	C							
N02B Altri Analgesici ed Antipiretici											
N02BA Acido Acetilsalilico e derivati											
N02BA01	Acido Acetilsalilico	os,im,ev	OTC/RR	C/A							
N02BA51	Acido Acetilsalilico/Magnesio Idrossido/Algedrato	os	OTC	H							
N02BE Anilidi											
N02BE01	Paracetamolo	os,ev	RR/SOP/OSP	C							
N02BG Altri Analgesici ed Antipiretici											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N02BG06	Nefopam Cloridrato	ev,im									Farmaci esteri
N02BG08	Ziconotide	ev,intratec	OSP	H							
N02BG10	Delta-9-tetraidrocannabinolo/cannabidiolo	inal	RNRL	H							
N02C Antiemetici											
N02CA Alcaloidi della Segale Cornuta											
N02CA01	Diidroergotamina Mesilato	ret,os	RR	A							
N02CC Agonisti Selettivi dei Recettori-5ht1											
N02CC01	Sumatriptan	os	RR	A							
N02CC03	Zolmitriptan	os	RR	A							
N02CC04	Rizatriptan	os	RR	A							
N02CC05	Almotriptan	os	RR	A							
N02CC07	Frovatriptan	os	RR	A							
N02CC49	Eletriptan	os	RR	A							
N02CD ANTAGONISTI DEL PEPTIDE CORRELATO AL GENE DELLA CALCITONINA											
N02CD01	Erenumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N02CD02	Galcanezumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N02CD03	Fremanezumab	sc	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
N03A Antiepilettici											
N03AA Barbiturici e derivati											
N03AA02	Fenobarbital	os,ev	RNR	A							
N03AA03	Primidone	os	RR	A							
N03AA04	Barbexalone	os	RNR	A							
N03AB Derivati dell'idantoina											
N03AB02	Fenitoina Sodica	im,ev,os	OSP/RR	H/A							
N03AD Derivati della Succinimide											
N03AD01	Etosuccinimide	os	RR	A							
N03AE Derivati Benzodiazepinici											
N03AE01	Clonazepam	os	RR	A							
N03AF Derivati della Carbosamide											
N03AF01	Carbamazepina	os	RR	A							
N03AF02	Oxycarbamazepina	os	RR	A							
N03AF03	Rufinamide	os	RRL	A							
N03AF04	Eslicarbazepina acetato	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N03AG Derivati degli Acidi Grassi											
N03AG01	Sodio Valproato	os,ev	RR/OSP	A/H							Monitoraggio addizionale
N03AG01	Valproato di Magnesio	os	RR	A							
N03AG02	Valpromide	os	RR	A							Monitoraggio addizionale
N03AG04	Vigabatrin	os	RR	A							
N03AG06	Tiagabina	os	RR	A							
N03AX Altri Antiepilettici											
N03AX	Stiripentolo	os									Farmaci esteri
N03AX09	Lamotrigina	os	RR	A							
N03AX10	Felbamato	os	RRL	A							
N03AX11	Topiramato	os	RR	A							
N03AX12	Gabapentin	os	RR	A	4						
N03AX14	Levetiracetam	os,ev	RR/OSP	A/C							
N03AX15	Zonisamide	os	RR	A							
N03AX16	Pregabalin	os	RR	A	4						
N03AX18	Lacosamide	ev,os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico					
N03AX21	Retigabina	os	RR	A							
N03AX22	Perampanel	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N03AX23	Brivaracetam	os/ev	RR/OSP	A/C		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N03AX24	Cannabidiolo	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Farmaci malattie rare
N03AX25	Cenobamato	os	RRL	A			PHT				Monitoraggio addizionale
N03AX26	Fenfluramina	os	RNRL	A			PHT	Innovatività condizionata			Farmaci malattie rare Monitoraggio addizionale
N04 Antiparkinsoniani											
N04A Sostanze Anticolinergiche											
N04AA Amine Terziarie											
N04AA01	Triessifenidile Cloridrato	os	RR	A							
N04AA02	Biperidene Cloridrato	os	RR	A							
N04AA02	Biperidene Lattato	os	RR	A							
N04AA03	Metixene Cloridrato	os	RR	A							
N04AA11	Bornaprina Cloridrato	os	RR	A							
N04AB Eteri Chimicamente correlati agli Antistaminici											
N04AB02	Orfenadrina Cloridrato	os	RR	A							
N04B Sostanze Dopaminergiche											
N04BA Dopa e suoi derivati											
N04BA02	Levodopa/Carbidopa	os,gel intest	RR/RRL	A/H							
N04BA03	Levodopa/Carbidopa/Entacapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
N04BA05	Melevodopa/Carbidopa	os	RR	A							
N04BB Derivati dell'adamantano											
N04BB01	Amantadina Cloridrato	os	RR	C							
N04BC Agonisti della Dopamina											
N04BC01	Bromocriptina/Mesilato	os	RR	A							
N04BC02	Pergolide	os	RR	A							
N04BC03	Diidroergocriptina Mesilato	os	RR	C							
N04BC04	Ropinirolo	os	RR	A							
N04BC05	Pramipexolo	os	RR	A							
N04BC06	Cabergolina	os	RNL/RNR	A/C		Scheda Regionale DCA PT generico					
N04BC07	Apomorfina Cloridrato	sc	RNRL	H							
N04BC09	Rotigotina	td	RR	A							
N04BD Inibitori della Monoaminoossidasi di Tipo B											
N04BD01	Selegilina	os,im	RR	C							
N04BD02	Rasagilina mesilato	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico					
N04BX Altre Sostanze Dopaminergiche											
N04BX01	Tolcapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N04BX02	Entacapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N04BX04	Opicapone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N05 Psicolettici											
N05A Antipsicotici											
N05AA Fenotiazine con catena laterale alifatica											
N05AA01	Clorpromazina Cloridrato	os,ev	RR/RNR	A							
N05AA02	Levomepromazina Maleato	os	RR	A							
N05AA03	Promazina	os,im,ev	RR/RNR	C							
N05AB Fenotiazine con Struttura Piperazinica											
N05AB02	Flufenazina Decanoato	im	RNR	A							
N05AD Derivati del Butirrofenone											
N05AD01	Aloperidolo	os,ev,im	RR/RNR/OSP	A/H							
N05AE Derivati dell'Indolo											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N05AE04	Ziprasidone Cloridrato	os	RR	A			PHT				
N05AE05	Lurasidone	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N05AF	Derivati del Tioxantene										
N05AF05	Zuclopentixolo	os,im	RNR/RR	A/C							
N05AG	Derivati della Difenebutilpiperidina										
N05AG02	Pimozide	os	RR	A							
N05AH	Diazepine, Ossazepine e Tiazepine										
N05AH01	Loxapina	inal	OSP	H		Scheda Regionale DCA PT generico					
N05AH02	Clozapina	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N05AH03	Olanzapina	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT			DPC	
N05AH04	Quetiapina (fumarato)	os	RR	A			PHT			DPC	
N05AH05	Asenapina	os	RR	A			PHT			DPC	
N05AH06	Clotiapina	os,ev,im	RR	A/C							
N05AL	Benzamidi										
N05AL01	Sulpiride	os,im	RR	A/C							
N05AL02	Sultopride Cloridrato	os	OSP	H							
N05AL03	Tiapride Cloridrato	os,im	RR	A/C							
N05AL07	Levosulpiride	os,ev,im	RR	A/C							
N05AL05	Amsulpiride	os	RR	A							
N05AL49	Levosulpiride	os,ev,im	RR	A/C							
N05AN	Litio										
N05AN01	Litio Carbonato	os	RR	A							
N05AX	Altri Antipsicotici										
N05AX08	Risperidone	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT			DPC	
N05AX12	Aripiprazolo	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT			DPC	
N05AX13	Paliperidone	os,im	RR/RNRL	A/H			PHT			DPC	
N05AX15	Cariprazina Cloridrato	os	RR	A			PHT			DPC	
N05AX16	Brexiprazolo	Os	RR	A			PHT				Monitoraggio addizionale
N05B	Ansiolitici										
N05BA	Derivati Benzodiazepinici										
N05BA49	Delorazepam (ad az. lunga)	os,ev	RR	C							
N05BA01	Diazepam (ad az. lunga)	os,ev,im	RR/RNR	C							
N05BA02	Clordiazepossido Cloridrato (ad az. lunga)	os	RR	C							
N05BA06	Lorazepam (ad azinterm)	os,im	RR/OSP	C/H							
N05BA08	Bromazepam (ad azinterm)	os	RR	C							
N05BA09	Clobazam (ad az. lunga)	os	RR	C							
N05BA10	Ketazolam (ad az lunga)	os	RR	C							
N05BA11	Prazepam (ad az lunga)	os	RR	C							
N05BA12	Alprazolam (ad azinterm)	os	RR	C							
N05BA19	Etizolam	os	RR	C							
N05BB	Derivati del Difetilmetano										
N05BB01	Idroxizina Dicloridrato	im	RR	C							
N05BE	Ansiolitici derivati dall'azapirodecandione										
N05BE01	Buspirone	os	RR	C							
N05C	Ipnocici e Sedativi										
N05CD	Derivati Benzodiazepinici										
N05CD01	Flurazepam Dicloridrato/Monocloridrato	os	RR	C							
N05CD03	Flunitrazepam	os	RMR	C							
N05CD05	Triazolam	os	RR	C							
N05CD06	Lormetazepam	os	RR	C							
N05CD07	Temazepam	os	RR	C							
N05CD08	Midazolam	ev,im,os	OSP/RR	C/A	93	Piano Terapeutico cartaceo AIFA			SI		
N05CD09	Brotizolam	os	RR	C							
N05CF	Benzodiazepine Analoghi										
N05CF01	Zopiclone	os	RR	C							
N05CF02	Zolpidem Tartrato Acido	os	RR	C							
N05CF03	Zaleplon	os	RR	C							
N05CM	Altri ipnocici e sedativi										
N05CM18	Dexdemetomidina	ev	OSP	C					SI		
N06	Psicoansettici										
N06A	Antidepressivi										
N06AA	Inibitori non Selettivi della Monoamino-Ricaptazione										
N06AA01	Desipramina	os	RR	A							
N06AA02	Imipramina Cloridrato	os	RR	A							
N06AA04	Clomipramina Cloridrato	os,ev,im	RR	A							
N06AA09	Amitriptilina Cloridrato	os	RR	A							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N06AA10	Nortriptilina	os	RR	A							
N06AB Inibitori Selettivi della Serotonina-Ricaptazione											
N06AB03	Fluoxetina	os	RR	A							
N06AB04	Citalopram	os,im	RR/OSP	A/H							
N06AB05	Paroxetina	os	RR	A							
N06AB06	Sertralina	os	RR	A							
N06AB08	Fluvoxamina Maleato	os	RR	A							
N06AB10	Escitalopram	os	RR	A							
N06AX Altri Antidepressivi											
N06AX49	Ademetionina Butandisolfonato	os,im,ev	RR	C							
N06AX03	Mianserina	os	RR	A							
N06AX05	Trazodone	os,im,ev	RR	A							
N06AX11	Mirtazapina	os	RR	A							
N06AX16	Venlafaxina Cloridrato	os	RR	A							
N06AX21	Duloxetina cloridrato	os	RR	A/C	4						
N06AX25	Cenobamato	inal	RMR	H							Monitoraggio aggiuntivo
N06AX26	Vortioxetina bromidrato	os	RR	A							
N06AX27	Esketamina	inal	RMR	H							Monitoraggio aggiuntivo
N06B Psicostimolanti, farmaci per ADHD e nootropi											
N06BA Simpatomimetici ad azione stimolante											
N06BA04	Metilfenidato (cloridrato)	os	RMR	A		PT web-based AIFA - Legge 648/96	PHT		SI		Monitoraggio aggiuntivo
N06BA07	Modafinil	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N06BA09	Atomoxetina (cloridrato)	os	RNRL	A		PT web-based AIFA - Legge 648/96	PHT			DPC	
N06BA14	Solriamfetol	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Monitoraggio aggiuntivo
N06BC Derivati xantini											
N06BC01	Caffeina citrato	os,ev	OSP	C							
N06BX Altri Psicostimolanti e Nootropi											
N06BX06	Citicolina	im	RR	C							
N06BX06	Citicolina Sodica	im,ev	RR	C							
N06BX12	Levoacetilcarnitina	os	RR	C							
N06BX13	Idebenone	os	RR/RRL	A/C		Registro web-based AIFA	PHT				Orphan drug Monitoraggio aggiuntivo
N06BX49	Glicerofosforiletanolamina	os	RR	C							
N06C Psicolettici e Psicoanalitici in Associazione											
N06CA Antidepressivi in Associazione con Psicolettici											
N06CA99	Nortriptilina/Flufenazina	os	RR	C							
N06CA01	Amitriptilina Cloridrato/Clordiazeposido Cloridrato	os	RR	C							
N06CA01	Perfenazina/Amitriptilina	os	RR	C							
N06D Farmaci Anti-Demenza											
N06DA Anticolinesterasici											
N06DA02	Donepezil Cloridrato	os	RRL/RNRL	A	85	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N06DA03	Rivastigmina	os,transderm	RRL	A	85	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N06DA04	Galantamina (bromidato)	os	RRL	A	85	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N06DX01	Memantina (cloridrato)	os	RRL	A	85	Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
N07A Parasimpaticomimetici											
N07AA Anticolinesterasici											
N07AA01	NeostigminaMetilsolfato	im	RR	A							
N07AA02	Piridostigmina Bromuro	os	RR	A							
N07AX Altri parasimpaticomimetici											
N07AX01	Pilocarpina cloridrato	os	RNRL	A			PHT			DPC	
N07B Farmaci usati nei disturbi da disassuefazione											
N07BB Farmaci usati nella dipendenza da Alcool											
N07BB	Metadoxina	os,im	RR	C							
N07BB01	Disulfiram	os	RR	A							
N07BB03	Acamprosato	os	RR	A			PHT			DPC	
N07BB04	Naltrexone Cloridrato	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
N07BB05	Nalmifene	os	RR	C							
N07BC Farmaci Usati nella dipendenza da Oppioidi											
N07BC01	Buprenorfina Cloridrato	os	OSP	H/C							
N07BC02	Metadone Cloridrato	os	RMR/OSP	H			PHT				
N07BC04	Lofexidina cloridrato	os	RRL/OSP	C							
N07BC05	Levometacone cloridrato	os	OSP	C							
N07BC51	Buprenorfina/naloxone	os	RMR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
N07C Preparazioni Antivertigine											
N07CA Preparazioni Antivertigine											

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
N07CA01	Betaistina	os	RR	C							
N07CA02	Cinnarizina	os	RR	C							
N07CA03	Flunarizina Dicloridrato	os	RR	C							
N07X	Farmaci del Sistema Nervoso										
N07XX	Altri Farmaci del Sistema Nervoso										
N07XX	Edaravone	ev	OSP								Farmaci esteri
N07XX02	Riluzolo	os	RRL	A			PHT				
N07XX04	Sodio oxibato	os	RNRL	C/H							
N07XX05	Amifampridina	os	RRL	C							Monitoraggio addizionale
N07XX06	Tetrabenzina	os	RRL	A							Farmaci malattie rare
N07XX08	Tafamidis	os	RRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio addizionale
N07XX11	Pitolisant	os	RRL	A			PHT				Scheda cartacea AIFA Monitoraggio addizionale
N07XX12	Patisiran Sodico	ev	RNRL	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphan drug Monitoraggio addizionale
N07XX15	Inotersen	sc	RNRL	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
P	FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI										
P01	Antiprotozoi										
P01A	Sostanze contro l'amebiasi ed altre Afezioni Protozoarie										
P01B	Antimalarici										
P01BF05	Piperachinatetrafosfodidroartemisia	os	RR	C							
P01C	Sostanze contro la Leishmaniosi e la Tripanosomiasi										
P01CX01	Pentamidina Isetionato	ev	RRL	A			PHT				
P02	Antelmintici										
P03	Ectoparassitici, compresi gli antiscabbia, insetticidi e repellenti.										
R	SISTEMA RESPIRATORIO										
R01	Preparati Rinologici										
R01A	Decongestionanti ed altre preparazioni nasali per uso topico										
R01AA	Simpatomimetici, Non Associati										
R01AA04	Fenilefrina Cloridrato	nas	OTC	C							
R01AD	Corticosteroidi										
R01AD01	Beclometasone	nas	RR	C							
R01AD04	Flunisolide	nas	RR	C							
R01AD09	Mometasone	nas	RR	C							
R03	Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie										
R03A	Adrenergici per Aereoosol										
R03AC	Agonisti Selettivi dei Recettori Beta-2adrenergici										
R03AC02	Salbutamolo	inal	RR	A							
R03AC04	Fenoterolo	inal	RR	A							
R03AC12	Salmeterolo Xinafoato	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AC13	Formoterolo	inal_os	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AC18	Indacaterolo	os	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AC19	Olodaterolo	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AK	Adrenergici ed altri Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie per Aereoosol										
R03AK03	Fenoterolo/Ipratropio Bromuro	inal	RR	A							
R03AK04	Salbutamolo Solfato/Flunisolide	inal	RR	A							
R03AK06	Salmeterolo Xinafoato/Fluticasone Propionato	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AK07	Budesonide/Formoterolo/Fumarato	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AK08	Formoterolo/beclometasone	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AK10	Fluticasone furoato/Vilanterolo	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AK11	Fluticasone propionato/formoterolo fumarato	inal	RR	A							
R03AK13	Beclometasone/Salbutamolo	inal	RR	A							
R03AL	Adrenergici in combinazione con anticolinergici										
R03AL02	Salbutamolo/Ipratropio Bromuro	inal	RR	A							
R03AL03	Umeclidinio bromuro/Vilanterolo trifenato	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			Monitoraggio addizionale
R03AL04	Indacaterolo/glicopirronio bromuro	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AL05	Bromuro di aclidinio/formoterolo	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			Monitoraggio addizionale
R03AL06	Tiotropio/Olodaterolo	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AL07	Glicopirronio/Formoterolo	inal	RR	A	99			Scheda di prescrizione cartacea AIFA			
R03AL08	Fluticasone/Umeclidinio/Vilanterolo	inal	RRL	A	99			Sistema TS			Monitoraggio addizionale

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
R03AL09	Beclometasone/Formoterolo/glicopirronio bromuro	inal	RRL	A	99	Sistema TS					
R03AL11	Glicopirronio/Formoterolo/Budesonide	inal	RRL	A	99	Sistema TS					
R03B	Altri Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie										
R03BA	Glicocorticoidi										
R03BA01	Beclometasone	inal	RR	A							
R03BA02	Budesonide	inal	RR	A							Orphan drug Monitoraggio addizionale
R03BA03	Flunisolide	inal	RR	A							
R03BA05	Fluticasone	inal	RR	A							
R03BB	Anticolinergici										
R03BB01	Ipratropio Bromuro	inal	RR	A							
R03BB02	Oxitropio Bromuro	inal	RR	A							
R03BB04	Tiotropio bromuro cloridrato	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03BB05	Acidinio bromuro	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					Monitoraggio addizionale
R03BB06	Glicopirronio bromuro	inal	RR	A	99	Scheda di prescrizione cartacea AIFA					
R03C	Adrenergici per Uso Sistemico										
R03CA	Agonisti dei Recettori Alfa e Beta-Adrenergici										
R03CB	Agonisti Non Selettivi dei Recettori Beta-Adrenergici										
R03CC	Agonisti Selettivi dei Recettori Beta 2-Adrenergici										
R03CC13	Clenbuterolo Cloridrato	os	RR	C							
R03CK	Adrenergici ed altri Farmaci per disturbi ostruttivi alle vie respiratorie										
R03CK	Salbutamolo/Guaifenesina	os	RR	C							
R03D	Altri Farmaci per le Sindromi Ostruttive delle vie respiratorie per Uso Sistemico										
R03DA	Derivati Xantini										
R03DA04	Teofilina Anidra	os,im,ev	RR	A							
R03DA05	Aminofillina	ev	RR	C/A							
R03DA08	Bamifillina Cloridrato	os,ret	RR	C							
R03DA11	Doxofillina	os,ev	RR	C/A							
R03DC	Antagonisti dei Recettori Leucotrieni										
R03DC01	Zafirlukast	os	RR	A	82						
R03DC03	Montelukast	os	RR	A	82						
R03DX05	Omalizumab	sc,ev	RRL	A		PT web-based AIFA	PHT			DPC	
R03DX07	Roflumilast	os	RRL	A			PHT			DPC	Monitoraggio addizionale
R03DX09	Mepolizumab	sc,ev	RRL	A		PT cartaceo AIFA	PHT				
R03DX10	Benralizumab	sc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
R05	Preparati per la tosse e le malattie da Raffreddamento										
R05C	Espettoranti, escluse le Associazioni con Sedativi della tosse										
R05CB	Mucolitici										
R05CB01	Acetilcisteina	im,ev	RR	C							
R05CB02	Bromexina	im,ev	RR	C							
R05CB06	Ambroxolo Cloridrato	inal	SOP	C							
R05CB13	Dornase alfa	inal	RNRL	A			PHT				
R05D	Sedativi della tosse, escluse le Associazioni con Espettoranti										
R05DA	Alcaloidi dell'oppio e suoi derivati										
R05DA	Diidrocodaina	os	RR	A	31						
R05DA04	Codeina Fosfato (presente in associazione)	ret,os	RNR	C							
R05DA09	Destrometorfano Bromidrato	os	OTC	C							
R05DA20	Diidrocodaina + acido benzoico	os	RR	A	31						
R05DB	Altri sedativi della Tosse										
R05DB27	Levodropropizina	os	RR	A	31						
R06	Antistaminici per Uso Sistemico										
R06A	Antistaminici per Uso Sistemico										
R06AB	Alchilamine Sostituite										
R06AB04	Clorfenamina Maleato	os,im	RR	C							
R06AB54	Clorfenamina / Efedrina Cloridrato	os	OTC	C							
R06AD	Derivati Fenotiazinici										
R06AD02	Prometazina Cloridrato	im,os	RR	A	89						
R06AE	Derivati Piperazinici										
R06AE06	Oxatimide	os	RR	A	89						
R06AE07	Cetirizina Dicloridrato	os	RR	A	89						
R06AE09	Levocetirizina dicloridrato	os	RR	A	89						
R06AX	Altri Antistaminici per Uso Sistemico										
R06AX13	Loratadina	os	RR	A	89						
R06AX17	Ketotifenefumarato acido	os	RR	A	89						
R06AX27	Desloratadina	os	RR	A							
R07AA	Surfactanti polmonari										
R07AA02	Poractant alfa	os	OSP	H							
R07AA49	Ambroxolo cloridrato	ev	RR	C							
R07AX	Altri prodotti per il sistema respiratorio										

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
R07AX02	Ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena/condizionata			Orphandrug
R07AX30	Lumacaftor / ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Monitoraggio addizionale
R07AX31	Tezacaftor/ivacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT				Orphandrug Monitoraggio addizionale
R07AX32	Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor	os	RRL	A		Registro web-based AIFA	PHT	Innovatività piena/condizionata			Orphandrug Monitoraggio addizionale
S											
ORGANI DI SENSO											
S01											
Oftalmologici											
S01A											
Antimicrobici											
S01AA											
Antibiotici											
S01AA02	Clortetraciclina	loc	RR	C							
S01AA11	Gentamicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA12	Tobramicina	loc	RR	C							
S01AA22	Micronomicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA23	Netilmicina Solfato	loc	RR	C							
S01AA30	Cloramfenicolo + Colistimetato Di Sodio + Tetraciclina	loc	RR	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023

Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
S01AB Sulfonamidi											
S01AB04	Sulfacetamide (Sale Sodico)	loc	RR	C							
S01AD Antivirali											
S01AD01	Idoxuridina	loc	RR	A							
S01AD03	Aciclovir Sodica	loc	RR	A							
S01AX Altri Antimicrobici											
S01B Antinfiammatori											
S01BA Corticosteroidi, Non Associati											
S01BA01	Desametasone	loc,intravitr	RR/RRL	C/H							
S01BA05	Triamcinolone	intravitr	OSP	H							
S01BA07	Fluorometolone	loc	RR	C							
S01BA15	Fluocinolone acetoneide	intravitr	OSP	H		Scheda Regionale DCA PT generico					
S01BC Antinfiammatori Non Steroidei											
S01BC10	Nepafenac	loc	RR	H							
S01C Antinfiammatori ed Antimicrobici in Associazione											
S01CA Corticosteroidi ed Antimicrobici In Associazione											
S01CB Corticosteroidi/Antimicrobici/Simpaticomimetici In Associaz.											
S01CB01	Desametasone	loc	RR	C							
S01E Preparati Antiglaucoma e Miotici											
S01EA Simpaticomimetici per la terapia del Glaucoma											
S01EA03	Apraclonidina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EA04	Clonidina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EA05	Brimonidina Tarrato	loc	RR	A							
S01EB Parasimpaticomimetici											
S01EB01	Pilocarpina Cloridrato	loc	RR	A							
S01EB08	Aceclidina	loc	RR	A							
S01EB09	Acetilcolina Cloruro	intraocul	OSP	C							
S01EC Inibitori dell'anidrasi Carbonica											
S01EC01	Acetazolamide	os	RR	A							
S01EC02	Diclofenamide	os,ev	RR	A							
S01EC03	Dorzolamide cloridrato	loc	RR	A							
S01ED Sostanze Betabloccanti											
S01ED01	Timololo	loc	RR	A							
S01ED03	Levobunololo Cloridrato	loc	RR	A							
S01ED05	Carteololo (Cloridrato)	loc	RR	A							
S01ED06	Befunololo (Cloridrato)	loc	RR	A							
S01ED51	Latanoprost/Timololo Maleato	loc	RR	A							
S01ED51	Dorzolamide Cloridrato/Timololo Maleato	loc	RR	A							
S01EE Analoghi delle prostaglandine											
S01EE05	Tafuprost	loc	RR	A							
S01EX Altri Preparati Antiglaucoma											
S01EX02	Dapiprazolo Cloridrato	loc	RR	C							
S01EX01	Latanoprost	loc	RR	A							
S01F Midriatici e Cicloplegici											
S01FA Anticolinergici											
S01FA01	Atropina Solfato	loc	RR	C							
S01FA04	Ciclopentolato Cloridrato	loc	RR	C							
S01FA06	Tropicamide	loc	RR	C							
S01FA56	Tropicamide/Fenilefrina Cloridrato	loc	RR	C							
S01FB Simpaticomimetici, esclusi I Preparati Antiglaucoma											
S01FB01	Fenilefrina Cloridrato	loc	RR	C							
S01FB03	Ibopamina	loc	RR	C							
S01G Decongestionanti ed Antiallergici											
S01GX Altri Antiallergici											
S01GX03	Acido Spaglumico	loc	RR	C							
S01H Anestetici Locali											
S01HA Anestetici Locali											
S01HA02	Oxibuprocaina Cloridrato	loc	RR/RNL	C							
S01HA07	Lidocaina	loc	OSP	C							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
S01J Diagnostici											
S01JA Sostanze coloranti											
S01JA01	Sodio fluoresceinato	loc	USPL	H					SI		
S01LA Sostanze antineovascolarizzazione											
S01LA01	Verteporfina	ev	OSP	H							
S01LA03	Pegaptanib sodico	intravitr	OSP	H							
S01LA04	Ranibizumab	intravitr	OSP	H	98			Scheda multifarmaco semplificata anti-veg			
S01LA05	Aflibercept	intravitr	OSP	H	98			Scheda multifarmaco semplificata anti-veg			
S01LA06	Brolucizumab	intravitr	OSP	H	98			Scheda multifarmaco semplificata anti-veg			Monitoraggio addizionale
S01X Altri Oftalmologici											
S01XA Altri Oftalmologici											
S01XA14	Eparina	loc	RR	C							
S01XA18	Ciclosporina	loc	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Orphandrug
S01XA19	Cellule epiteliali corneali umane autologhe	imp.sc	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
S01XA20	Lacrimo Artificiali ed Altri Preparati Indifferenti	loc	RR	C							
S01XA22	Ocrlplasma	intravitr	OSP	H							
S01XA24	Cenegeermin	loc	RNRL	H							
S01XA27	Voretigene neparvec	sottoretinico	OSP	H		Registro web-based AIFA		Innovatività piena			Orphandrug Monitoraggio addizionale
S02 Otologici											
S03 Preparati Oftalmologici ed Otologici											
S03C Corticosteroidi ed Antimicrobici in Associazione											
V VARI											
V01 Allergeni											
V01A Allergeni											
V01AA Estratti allergeni											
V01AA02	Polline	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
V03 Tutti gli altri prodotti terapeutici											
V03A Tutti gli altri prodotti terapeutici											
V03AB Antidoti											
V03AB35	Sugammadex	ev	OSP	H							
V03AB37	Idarucizumab	ev	OSP	H							
V03AB38	Andexanet alfa	ev	OSP	C							Monitoraggio addizionale
V03AC Sostanze Chelanti Del Ferro											
V03AC01	Deferoxamina Mesilato	im,ev,sc	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AC02	Deferiprone	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AC03	Deferasirox	os	RNRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Monitoraggio addizionale
V03AE Farmaci per il trattamento dell'iperkaliemia ed Iperfosfatemia											
V03AE01	Sodio Polistiren Solfonato	os	RR	A							
V03AE02	Sevelamer	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AE03	Lantano carbonato idrato	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
V03AE04	Calcio acetato/Magnesio carbonato	os	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AE05	Ossidrossido sucroferrico	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				
V03AE09	Patiromer	os	RRL	A			PHT				
V03AE10	Ciclosilicato di sodio e zirconio	os	RRL	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT				Monitoraggio addizionale
V03AF Sostanze disintossicanti per trattamenti Citostatici											
V03AF01	Mesna	ev	RR	A		Scheda Regionale DCA PT generico	PHT			DPC	
V03AF02	Dexrazoxano Cloridrato	ev	OSP	H							
V03AF03	Calcio Folinato	im,ev,os	RR	A	11						
V03AF04	Calcio Levofolinato	im	RR	C			PHT				
V03AF05	Amifostina	ev	OSP	H							
V03AF07	Rasburicase	im	RR	C							
V03AF08	Palifermina	ev	OSP	H							
V03AH Farmaci per il Trattamento dell'ipoglicemia											
V03AH01	Diazossido	os	RRL	A							
V03AN Gas per uso medico											
V03AN01	Protossido d'azoto e ossigeno	inal	USPL	C							
V03AZ Deprimenti del sistema nervoso											
V03AZ01	Etanolo (soluzione 50%)	os		gal							

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE - REGIONE CALABRIA - Versione 5 - DCA 133/2023											
Codice ATC	Descrizione	Via somm.	Tipo Ricetta	Classe SSN	Nota AIFA	PT/WEB- BASED	PHT	Farmaco innovativo	L. 648/96	DPC	Note
V04 Diagnostici											
V04C Altri diagnostici											
V04CD Test di funzionalità ipofisaria											
V04CD01	Metirapone	os	RNRL	A			PHT				
V04CJ Test per la funzionalità tiroidea											
V04CJ01	Tireotropina alfa	im	OSP	H					SI		
V07 Tutti gli altri prodotti non Terapeutici											
V07A Tutti gli altri prodotti non Terapeutici											
V07AB Solventi e Diluenti, comprese le Soluzioni Detergenti											
V07AB	Acqua Per Preparazioni Iniettabili FU	ev	OSP	A/C							
V07AC Prodotti ausiliari per la trasfusione del sangue											
V07AY Altri prodotti ausiliari non terapeutici											
V08 Mezzi di Contrasto											
V09 Radiofarmaci diagnostici											
V10 Radiofarmaci terapeutici											
V10B Palliativi del dolore (agenti osteofili)											
V10BX Radiofarmaci palliativi del dolore vari											
V10BX01	Stronzio Cloruro (89sr)	ev	OSP	H							
V10BX02	Samarium 153Sm lexidronampentasodico	ev	OSP	H							
V10X ALTRI RADIOFARMACI TERAPEUTICI											
V10XX RADIOFARMACI TERAPEUTICI VARI											
V10XX02	Ibritumomab tiuxetano	ev	OSP	H							
V10XX03	Radio-223 dicloruro	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Monitoraggio addizionale
V10XX04	Lutezio-177Lu-Oxodotreotide	ev	OSP	H		Registro web-based AIFA					Orphan drug



Nota AIFA 74

Anagrafica paziente

Nome _____ Cognome _____

CODICE FISCALE □□□□□□□□□□□□□□□□ sesso M □ F □

Residente a _____ in Via _____

Medico Medicina Generale del paziente _____

ASP di Residenza _____

Indicazioni Terapeutiche

Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiori a 30 mUI/ml;

Trattamento dell'infertilità maschile: in maschi con ipogonadismo-ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml;

Preservazione della fertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a terapie oncologiche in grado di causare sterilità transitoria o permanente.

Formulata in data _____

FARMACO PRESCRITTO	POSOLOGIA	FARMACO EROGATO E QUANTITA'
<input type="checkbox"/> Urofollitropina		
<input type="checkbox"/> Menotropina		
<input type="checkbox"/> Follitropina alfa		
<input type="checkbox"/> Follitropina alfa biosimilare		
<input type="checkbox"/> Follitropina beta		
<input type="checkbox"/> Follitropina delta		
<input type="checkbox"/> Lutropina alfa*		
<input type="checkbox"/> Coriogonadotropina alfa		
<input type="checkbox"/> Corifollitropina alfa		
<input type="checkbox"/> Follitropina alfa + Lutropina alfa*		

*farmaco prescrivibile nell'ambito della Nota 74 solo per il trattamento dell'infertilità femminile o maschile

N° del ciclo _____ Data prossima visita/monitoraggio _____

Dosaggio superiore a quello consigliato dalla nota AIFA 74* SI NO

Medico e Centro Prescrittore _____ Firma e Timbro del medico Prescrittore _____

Data _____

* Particolari avvertenze contenute nel testo della nota AIFA 74:
- **Nella donna:** sulla base dei dati di letteratura ed al fine di evitare l'iperstimolazione ovarica, viene suggerito di non superare il dosaggio massimo complessivo di 12.600 UI/paziente diviso in due o più cicli non superando comunque il dosaggio massimo di 6.300 UI/ciclo.
- **Nell'uomo:** si suggerisce di non superare il dosaggio massimo, per singola prescrizione, di 150 UI di FSH 3 volte alla settimana per 4 mesi.

La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente.